

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE FILOSOFÍA
Departamento de Filosofía IV
(Teoría del Conocimiento e Historia del Pensamiento)



**SENDEROS CLÍNICOS DEL ACOMPAÑAMIENTO
TERAPÉUTICO**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Carlos Ledesma Lara

Bajo la dirección del doctor

José Miguel Marinas Herreras

Madrid, 2013

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFÍA

Departamento Filosofía IV



PROGRAMA DE DOCTORADO
Fundamentación Conceptual del Psicoanálisis

TESIS DOCTORAL

SENDEROS CLÍNICOS DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Director:

Dr. José Miguel Marinas

Autor:

Carlos Ledesma Lara

Madrid, 2012

Agradecimientos

Al maestro vienés, el mayor *perverso*,
ilustre transgresor de la *moral* y ataduras de nuestra la cultura.

A Giuliana y Selene,
sin ellas no hubiese llegado hasta aquí.

Al maestro Juan Carlos De Brasi, que soportó mis desatinos y desvíos.

A mi madre y a mi padre.

El psicoanálisis es hijo de la indigencia médica.

Sigmund Freud

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	8
<p>PRIMERA PARTE</p> <p>APROXIMACIONES CONCEPTUALES</p>	
Capítulo I	<p>SUBJETIVIDAD. SEXUALIDAD. PODER 23</p> <p>1. Consideraciones previas..... 23</p> <p>2. Dimensiones de la «subjetividad»: usos, abusos y opiniones..... 24</p> <p>3. Problemáticas del poder..... 29</p> <p>4. El eterno retorno de lo <i>mismo</i>: la compulsión a la <i>repetición</i> 32</p> <p>5. Un concepto límite: la pulsión 36</p> <p>6. La sexualidad en la teoría psicoanalítica 41</p>
Capítulo II	<p>CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO..... 46</p> <p>1. La mirada diagnóstica..... 46</p> <p>2. La reforma psiquiátrica..... 48</p> <p>3. La industria del rótulo..... 53</p> <p>4. Malestar y matemáticas..... 59</p> <p>5. Decisión y gestión..... 62</p> <p>6. Apuntes sobre la representación 68</p> <p>7. La problemática de la causalidad 75</p>
Capítulo III	<p>EL SÍNTOMA Y SU SIGNIFICACIÓN..... 80</p> <p>1. La cuestión del síntoma: malentendidos y veladuras..... 80</p> <p>2. <i>Autoestima</i> y conexión necesaria: de Kant a Hume..... 85</p> <p>3. Rótulo y destino: ¿hay «salud mental»?..... 89</p>
Capítulo IV	<p>LA ANGUSTIA..... 96</p> <p>1. Angustia: pro-yección y culpa 96</p> <p>2. La experiencia de la angustia: inhibición y apertura..... 103</p> <p>3. Pasaje al acto y <i>acting out</i> 117</p> <p>4. Aburrimiento contemporáneo y evasión 121</p> <p>5. Necesidad, demanda, deseo 123</p> <p>6. El cuerpo de las pasiones, las pasiones del cuerpo 125</p>
Capítulo V	<p>LA DIVISIÓN DEL SUJETO..... 133</p> <p>1. El lenguaje en la constitución del sujeto 133</p> <p>2. El concepto de inconsciente 138</p> <p>3. Psicoanálisis, una ciencia conjetural 160</p> <p>4. La «cura» no es la «curación» 165</p> <p>5. Aportes de Jacques Lacan al concepto de inconsciente 171</p>

SEGUNDA PARTE DISPOSITIVO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Capítulo VI	LUGAR POSIBLE DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO.....	178
	1. Acompañamiento Terapéutico: los comienzos.....	178
	2. ¿Qué implica acompañar?	179
	3. Una clínica del caso por caso	184
	4. La pretensión de dar estatuto clínico al acompañamiento terapéutico	188
	5. ¿Por qué queremos acompañar a aquel que sufre?.....	192

Capítulo VII	ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO: UNA DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO .	197
	1. Antecedentes.....	197
	2. El Acompañamiento Terapéutico en España	204
	3. Variantes del acompañamiento terapéutico	205
	4. Objetivos generales de un dispositivo de acompañamiento	207
	5. Actividades y metodología de trabajo	209

TERCERA PARTE SENDEROS CLÍNICOS

Capítulo VIII	EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO Y LAS DIFERENTES «PATOLOGÍAS»	212
	Introducción.....	212
	A. Las neurosis	217
	• Neurosis histérica	223
	• Neurosis fóbica o histeria de angustia	227
	• Neurosis obsesiva	230
	B. Trastornos de la alimentación	236
	C. Las psicosis	241
	D. Toxicomanías: el malestar en la adicción.....	257
	E. Depresión: duelo, melancolía, narcisismo.....	269
	F. Las perversiones.....	281
	G. El lugar de la familia en la problemática del paciente.....	291

ANEXO	MEMORIA DE UN PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO	305
	DERROTOS ESTIMADOS	312

BIBLIOGRAFÍA	318
--------------	-------	-----

ABSTRACT

KEYWORDS: PSYCHOANALYSIS – THERAPEUTIC ACCOMPANIMENT – MENTAL HEALTH

This research project addresses some of the problems faced by those working in the field of “mental health” and explores the clinical possibilities offered by the inclusion of the clinical method of therapeutic accompaniment in psychological and psychiatric care. The study looks at those cases where inclusion of this clinical device as a working tool may contribute to containment of the patient as well as the construction and continuity of treatment.

We begin with a review of the clinical and epistemological framework and underpinning of therapeutic accompaniment. Our review includes Sigmund Freud’s psychoanalytic theory and the contributions of members of the psychoanalytic movement that have enriched it. We examine research on the problems of the group and on link theory, whose main reference point is the work of Pichon Rivière. Finally, we review the perspectives offered by existential analysis on the question of being, temporality and the everyday world beyond *representative* consciousness that governs medical and psychiatric models.

A central concept of this study is the difference between what can be called *the clinical approach of observation or of illness*, which informs psychiatry and much of psychology as well as its psychotherapeutic models when addressing human discomfort, and *the clinical approach of talking and listening*, where the subject’s story is the raw material without which there is no possibility of treatment, as the psychoanalytic approach understands it. Finally, we examine the role of therapeutic accompaniment in treatment and its different methods of clinical implementation.

The therapeutic accompaniment method. Therapeutic accompaniment could be described as *assisted external treatment*, that is, a form of care outside the walls of psychiatric institutions. From a clinical and socio-community perspective, this provides care and containment of patients with mental disorders as well as support for their families, who are usually overwhelmed by the emergence of a psychic pathology in one of their relatives. The accompaniment is performed either at home or in the centre where the patient is admitted and, depending on circumstances, includes; leisure trips, family visits, medical appointments, administrative tasks, educational activities, vocational reintegration, among other activities.

RESUMEN

Este trabajo de investigación aborda algunas de las problemáticas que presenta el trabajo en el campo de la «salud mental», así como las posibilidades clínicas que brinda la inclusión del dispositivo clínico denominado Acompañamiento Terapéutico en la atención psicológica y psiquiátrica, estudiando aquellos casos en los que puede ser necesaria su incorporación como una herramienta de trabajo que aporte, además de contención al paciente, la posibilidad de construcción y continuidad de un tratamiento.

Previamente se hará un recorrido por el marco y sostén epistemológico y clínico del Acompañamiento Terapéutico, esto es, la teoría psicoanalítica construida por Sigmund Freud y las contribuciones de autores del movimiento psicoanalítico que la han enriquecido, los trabajos de investigación sobre las problemáticas de lo grupal y las teorías de los vínculos, cuyo referente principal son los trabajos de Pichon-Rivière, así como las perspectivas que ha aportado la analítica existencial sobre la cuestión del ser, la temporalidad y la cotidianidad del mundo más allá de la conciencia *representativa* que rige los modelos médicos y «psi».

El eje que atraviesa este trabajo y define su campo de investigación, sostiene la diferencia entre la que se puede llamar la *clínica de la mirada o de la enfermedad*, que plantean la psiquiatría, gran parte de la psicología y sus modelos psicoterapéuticos a la hora de abordar el malestar humano, y la *clínica de la palabra y la escucha*, donde el relato del sujeto es la materia prima sin la cual no hay posibilidad de tratamiento, como así lo considera la clínica psicoanalítica. Finalmente se trabajará el lugar que ocupa el Acompañamiento Terapéutico en un tratamiento y las diferentes modalidades de implementación clínica del mismo.

El dispositivo de Acompañamiento Terapéutico. El Acompañamiento Terapéutico es un dispositivo que podríamos llamar de *externación asistida*, esto es, una modalidad de atención fuera de los muros de las instituciones psiquiátricas, que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención clínica y contención a pacientes con problemas o trastornos psíquicos y apoyo a sus propias familias, que en general se encuentran desbordadas ante la emergencia de una patología psíquica en alguno de sus miembros. El acompañamiento se realiza bien en el domicilio o en los centros donde el paciente esté ingresado, y contempla, dependiendo de cada caso, salidas de ocio, visitas familiares, citas médicas, gestiones, actividades educativas, de reinserción laboral, entre otras.

El objeto de un acompañamiento es el de propiciar la implicación del paciente en su tratamiento y problemática, conteniendo y apoyándolo en momentos de crisis o en aquellas situaciones que así lo requieran. El acompañamiento posibilita implementar distintas modalidades de intervención que tienden a favorecer la integración del paciente, colaborando con éste en la búsqueda y construcción de nuevos espacios de subjetivización. A su vez, posibilita la continuidad o adherencia a un tratamiento en las diferentes fases del mismo, así como el retorno al ámbito familiar tras un período de ingreso hospitalario o la inserción del paciente en actividades laborales, educativas o recreativas (momentos todos éstos de alto riesgo para *recaídas*), siguiendo las consignas de actuación y actividades coordinadas con el equipo terapéutico. Es importante resaltar que el Acompañamiento Terapéutico *no* es un tratamiento en sí mismo, sino un dispositivo que, inserto en un tratamiento psicoanalítico, contribuye a crear un espacio de contención de diferentes aspectos de la vida cotidiana de un paciente —sean éstos momentos de angustia, crisis, soledad, abatimiento—, posibilitando de este modo la paulatina construcción y «adherencia» a dicho tratamiento.

Las áreas de intervención contemplan problemáticas psíquicas con mayor o menor gravedad, entre ellas los llamados *trastornos de la alimentación, de personalidad, fobias, accesos psicóticos, maníacos, depresivos, toxicomanías*, etc. Un sujeto afectado por un malestar psíquico o anímico, encuentra alterada su vida cotidiana, sus vínculos, así como inhibidas o impedidas las actividades rutinarias más sencillas, y su malestar en ocasiones puede desembocar en intentos de agresión o rechazo hacia quienes rodean al paciente, acentuando el impulso de ruptura y aislamiento. El acompañamiento, incluido en el tratamiento de casos graves, es una herramienta que posibilita restablecer vínculos o producir otros nuevos, contemplando el caso por caso, esto es, sin fórmulas ni protocolos universales de intervención. Ante la fuerte exclusión social que sufren las personas afectadas por una problemática psíquica, el acompañamiento construye un espacio sin imponer un protocolo *a priori* de actividades u objetivos, sino que los mismos se van consensuando con los implicados: familiares, profesionales y fundamentalmente con el propio paciente, en función de sus posibilidades, situación clínica y social.

La estrategia del tratamiento delimitará el lugar que ocupará el acompañamiento terapéutico en relación al paciente, al profesional de referencia de la institución que interviene directa o indirectamente en la dirección del tratamiento —el psiquiatra, el psicólogo, el psicoanalista— y a la propia familia, y será elaborada por las partes implicadas, abordando el

tratamiento de manera no estereotipada, considerando la singularidad de cada caso, en base a los objetivos terapéuticos planteados que se irán reformulando evitando la rigidez de las actividades, adaptando el curso de las mismas a la incidencia de factores y cambios emergentes, aprovechando las situaciones inesperadas que puedan surgir, aun recorriendo caminos no previstos, para lograr los objetivos propuestos. Es importante destacar que el acompañante terapéutico no es un guardia de seguridad, ni tampoco es un enfermero, esto es, su función no es la de vigilar ni medicar al paciente, sino la de brindar un espacio de contención ante situaciones cotidianas angustiantes.

INTRODUCCIÓN

Para el hombre, ¿cuándo una cosa es importante? Indudablemente, cuando puede dolerle. Nos muestra nuestro cuerpo su importancia cuando nos duele; una amistad o un amor valen cuando pueden ser causa de dolor, y sólo entonces. Será exagerado decir que a la humanidad actual le duele la relación entre el médico y el paciente.

Pedro Laín Entralgo, *El médico y el enfermo*

La psicología entera ha estado pendiendo hasta ahora de prejuicios y temores morales: no ha osado descender a la profundidad.

Friedrich Nietzsche, *Más allá del bien y del mal*, §23

Este ejercicio escritural se propone trabajar las problemáticas y conceptos fundamentales a la hora de abordar la atención clínica de los malestares psíquicos del sujeto contemporáneo, a saber, las problemáticas de la *subjetividad*, la *sexualidad*, el *poder*, la *angustia*, el *síntoma*, marcando la diferencia sustancial entre los modos de intervención habituales y la teoría psicoanalítica a la hora de entender la «enfermedad mental», intentando paradójicamente no caer en las redes de las definiciones, que por lo general la investigación académica convoca con insistencia.

A lo largo del texto se irá delineando qué es el Acompañamiento Terapéutico, así como se propondrá su validez o necesidad clínica bordeando la problemática de la atención psiquiátrica y psicológica en «salud mental», la relación médico-enfermo-paciente y el lugar de las instituciones sanitarias así como el lugar que ocupa la familia y sus modos vinculares. Se intentará desplegar un hilo conductor que limite los desvíos, que en ocasiones serán necesarios para luego retomar un sendero menos previsible quizá, bajo el marco de la teoría psicoanalítica, la analítica existencial y las investigaciones del campo de lo grupal en lo que respecta a las problemáticas de los grupos e instituciones, instrumentos que quizá no impidan caer en las trampas del desconocimiento y la repetición.

El Acompañamiento Terapéutico es un dispositivo clínico que, como hemos señalado, por sí solo no es un tratamiento, como tampoco lo es un psicofármaco prescrito por el sanitario, ni lo es una intervención psicoterapéutica que no esté supervisada clínicamente a través de la escritura y presentación del caso. Sin escritura ni supervisión, la intervención terapéutica puede hacer estragos o, en el mejor de los casos, no tener efecto alguno en el paciente, al no estar integrada en un marco que le dé sostén ético y la preserve del *voluntarismo* y el *esfuerzo*, del *psicologismo*, el *asistencialismo* o la *compasión* por el otro que sufre o dice sufrir.

Dispositivo es un término utilizado con frecuencia y de forma poco rigurosa en el campo «psi» sin detenerse en el verdadero valor del término, por lo que considero necesario des-ubicarlo conceptualmente. «En principio es una madeja, un conjunto multilineal»¹, compuesto de líneas de diferente naturaleza, líneas que no acotan ni delimitan sistemas homogéneos en sí mismos, sino que siguen direcciones y trazan procesos siempre desequilibrados, que unas veces se reúnen y otras se alejan entre ellos. Esto no implica que un dispositivo carezca de dirección, pero los elementos emergentes en la situación clínica pueden llevarlo por senderos inesperados, sin por ello desviarlo de su objetivo principal, ni del eje de todo trabajo clínico, es decir: el sujeto y su discurso. Un dispositivo clínico no es protocolario, pero requiere de reglas y un encuadre para situarlo en el caso por caso, es necesario contemplar la singularidad de cada paciente, explorando espacios desconocidos, inesperados, esperar aquello que no está y quizá no emerja nunca, acoger los cambios de orientación para aprehender lo nuevo. Si la tarea previamente planteada con el equipo terapéutico y con el paciente es por ejemplo una visita a un museo y nos encontramos con lo inesperado, que emerge en una conversación en una mesa de café, no nos ceñiremos a la actividad prevista, sino que debe darse lugar a esa conversación inesperada.

Foucault nos advierte de un futuro más bien controlado que disciplinado, en ese sentido el dispositivo de acompañamiento terapéutico debe ser disciplinado, regido por un encuadre o contrato analítico, donde participan el paciente, su familia, los médicos, psiquiatra, el analista, esto es, los trabajadores implicados en el tratamiento. La función del coordinador y fundamentalmente del supervisor, es que el trabajo terapéutico se mantenga dentro de un marco clínico y que el acompañamiento no devenga en un mecanismo de control del paciente, sino de contención de la angustia o malestar que pueda desbordarlo.

En nuestra perspectiva de trabajo, el psicoanálisis es ese cimiento sobre el cual se sostienen los diversos dispositivos de intervención que se implementen en un tratamiento clínico. Entre ellos podemos citar:

- Dispositivos grupales: grupo operativo; grupos de reflexión; grupos de formación.
- Acompañamiento terapéutico. Grupos de contención.
- Dispositivos de supervisión clínica: individual, grupal o abierta.
- Sesiones clínicas.

¹ GILLES DELEUZE *et al.*, *Michel Foucault, filósofo*, Gedisa, Barcelona, 1999, p. 155.

Dada la complejidad de las problemáticas planteadas, será oportuno dar un rodeo aparente tocando conceptos contruidos, pensados y trabajados por Freud, Heidegger, De Waelhens, Lacan, Marx, Deleuze, los estudios sobre la historia de la medicina de Laín Entralgo, así como los enunciados hipocráticos sobre el arte médico. El trabajo clínico requiere una ética de la responsabilidad y un cuestionamiento sobre el *deseo* del profesional que trabaja en el ámbito de la salud mental, así como del *deseo* del paciente. De aquí surgen una serie de interrogantes, por un lado, respecto al trabajador sanitario, como por ejemplo el ¿para qué se dedica a la atención clínica en el campo de la «salud mental»? y por otro, respecto al paciente: ¿qué le lleva a un estado de desesperación o inquietud insoportable que lo empuja a una resolución inmediata de su malestar, a la producción de un síntoma, un delirio, una fobia, un ataque de pánico, un consumo compulsivo, un pasaje al acto?

A un trabajo de investigación en el ámbito académico se le exige coherencia, congruencia y una formalización escrita que en ningún momento pretendemos rechazar, pero nos mantendremos atentamente alejados de cualquier ilusión formalizante y cercanos amistosamente a las paradojas imprescindibles que toda ciencia del espíritu requiere, tal como lo plantea Martin Heidegger:

...todas las ciencias que estudian lo vivo, tienen que ser necesariamente inexactas si quieren ser rigurosas (...) la inexactitud de las ciencias históricas del espíritu no es ningún defecto, sino únicamente un modo de satisfacer una exigencia esencial para este tipo de investigación².

En este trabajo se considerará al sujeto como partícipe y productor de su deseo y no un simple objeto de experimentación al modo de ciertas prácticas psicologistas y psiquiatrizantes, que lo ven como un «paciente» con una «psicopatología» determinada por causas unidimensionales que deberían cambiarse o modificarse para obtener de él otras respuestas más aceptables en base a criterios de normalidad de la conducta, reduciendo de este modo al sujeto a la idea de un *yo* o *personalidad* sobre los que pivota la concepción de hombre como objeto.

La «salud mental». Bajo el área sanitaria que se dio en llamar «salud mental» —una «falsa alianza de palabras»³—, se cobijan y «especializan» diversas prácticas «psi»: la psiquiatría, considerada una especialidad de la medicina y subordinada por tanto a ella, la psicofarmacología, la psicología del trabajo y la educación social, la logopedia, etc., todas

² MARTIN HEIDEGGER, «La época de la imagen en el mundo», *Caminos de bosque*, Alianza, Madrid, 2000, p. 66.

³ OCTAVE MANNONI, *Freud. El descubrimiento del inconsciente*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1997, p. 97.

ellas con sus protocolos de intervención y regidas por manuales de categorización diagnóstica. El uso del término «salud mental» lleva implícita la idea de un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento protocolarios y por tanto de «enfermedad mental». Tomemos un caso clínico concreto.

Un joven que a la edad aproximada de 24 años comienza a mantener un intenso consumo de drogas, al punto de abandonar su trabajo dentro de su horario para desplazarse a un poblado del conurbano madrileño para adquirir las sustancias. El joven termina siendo despedido de la empresa así como acumulando una cantidad de deudas a las que no pudo hacer frente. La familia desbordada por la situación recurre a diversos centros de internamiento de la comunidad de los que el joven escapa una y otra vez. Ya en una situación médica límite, los padres acuden a consulta donde plantean el caso. En la primera entrevista familiar, los padres se acusan mutuamente de la situación del hijo, que una vez dado de alta, tiene su primera entrevista con un analista. El paciente está físicamente muy deteriorado, se muestra cordial con el equipo pero irascible con sus padres. A partir de esa entrevista se acuerda con el joven una sesión semanal a la que acudirá puntualmente, hasta que después de un breve período de consumo intenso vuelve a instalarse en el poblado. Los padres no lo localizan durante unas tres semanas; pasadas éstas el joven llama al analista pidiendo retomar las sesiones en las cuales relata con detalles los acontecimientos en los que en los últimos años se vio envuelto: pequeños hurtos en tiendas e incluso, o ejerciendo de conductor de toxicómanos con el vehículo que aun poseía, lo que se conoce como «kundero». El paciente relató como en los centros de tratamiento era sometido a «interrogatorios» y prácticas en grupo de usuarios donde debía «confesar» su mala conducta y cómo los propios usuarios de los mismos ejercían funciones de vigilancia y control. «Yo necesito hablar y que me escuchen, no que me vigilen», afirmó en una de sus sesiones. Más allá de la necesidad de dichos centros de internamiento comunitario para algunos casos límite, para este joven no era el lugar adecuado. En otra sesión el analizante comenta una frase que su padre le había dicho en cierta ocasión: «cuando seas padre, cosa que dudo, sabrás de lo que te hablo». El joven escuchó atónito esta frase y se preguntó «¿qué me quiso decir mi padre?, ¿que siempre seré un hijo?, ¿qué si no soy padre no tengo palabra?». Frases del estilo pueden enredarse en el psiquismo de un sujeto generando confusión y poniendo en cuestión la ambigüedad de la figura paterna. A lo largo de este trabajo veremos que este tipo de frases habituales, que no necesariamente generarán problemáticas psíquicas en quienes como hijos las escuchen, no pueden ser deconstruidas con psicofármacos, ni tampoco atosigando al paciente con consejos pseudoterapéuticos del orden «debes trabajar», «las drogas son malas» o los clásicos «debes

poner voluntad» o «es necesario que trabajes tu autoestima», o diciéndole que es un «drogodependiente» —esto es, un «enfermo mental»— dando a entender de este modo que es un enfermo que aun dejando de consumir siempre estará ante la posibilidad de una «recaída».

Cuando se habla de «salud mental» se pone en juego lo que en términos jurídicos compete al llamado orden público, orden que abarca cuestiones de seguridad y de sanidad públicas en una sociedad. Es la administración pública la encargada de prevenir desde accidentes naturales u ocasionados por sus ciudadanos, así como epidemias e intoxicaciones alimentarias. El mantenimiento del orden público implica poner límites a los ciudadanos por el bienestar común: exceso de ruidos, control de velocidad, etc. Por tanto si un ciudadano se desenvuelve y desplaza dentro del orden establecido por la ciudad, barrio o pueblo, podemos decir que en el ejercicio y cumplimiento de sus obligaciones responde a los preceptos del orden público y que, en ese sentido, gozaría de *buena* salud mental. Pero sabemos de personas que por sí solas no pueden desplazarse ni salir a la calle solas y que no alteran el orden público, personas que requieren y demandan otro tipo de intervención por parte de las administraciones que éstas no brindan o no pueden brindar. La persona diagnosticada de enfermedad mental puede perder parte de su capacidad de obrar, conservando en cambio su capacidad jurídica, y según el grado de discapacidad que se considere que presenta, podrá ejercer algunos derechos y otros no. De este modo el derecho del sujeto queda suspendido, en parte o totalmente, por el tiempo que los jueces, médicos y la familia del paciente determinen. Un psicoanalista puede trabajar en el ámbito de la salud mental como cualquier otro trabajador del sector, pero podemos considerar que el psicoanálisis no se ocupa de la salud mental. Esto se debe a que el psicoanálisis se dirige, como práctica, a sujetos con pleno derecho de decidir, construir o postergar un proyecto de vida. El psicoanalista o profesional que responde a los conceptos y preceptos psicoanalíticos debe estar muy atento a no quedar absorbido o atrapado en las prácticas de control, vigilancia y castigo que habitualmente se utilizan en las intervenciones en salud mental. Un psicoanalista, así como un acompañante terapéutico, puede trabajar en una prisión o en un psiquiátrico, lugares ambos donde los derechos de los residentes quedan suspendidos, pero cuando se habla de *sujeto* se habla de alguien que puede responder por sus actos, deseos y enunciados y esto debe ser tenido en cuenta.

Para la Organización Mundial de la Salud, O.M.S., «la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, pudiendo afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es

capaz de hacer una contribución a su comunidad»⁴; a esto se añade la definición general de salud, que la O.M.S. considera «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Ya Freud, que no hacía una distinción radical entre enfermedad y salud psíquica, había enunciado que:

Del mismo modo que entre salud y enfermedad no existe una frontera definida y sólo prácticamente podemos establecerla, el tratamiento no podrá proponerse otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de goce. Cuando el tratamiento no ha sido suficientemente prolongado o no ha alcanzado éxito suficiente, se consigue, por lo menos, un importante alivio del estado psíquico general, aunque los síntomas continúen subsistiendo, aminorada siempre su importancia para el sujeto y sin hacer de él un enfermo⁵.

Ahora bien, pongamos como ejemplo el caso de una pareja que decide separarse y recurre a diferentes puntos de asesoramiento que le brinda la comunidad. La separación desemboca en un pleito por ver quien se queda con la casa, con los hijos, acabando entre órdenes de alejamiento, visitas a los hijos a través de un tercero o un punto de encuentro que determine el juez o asociación de ayuda a padres o madres, y los hijos menores de edad declarando ante dicho juez para decir a quién prefieren o que padre los quiere más, ¿podríamos afirmar que la salud mental de estos padres es buena?: jurídicamente sí, ya que estos padres saben contratar letrados, desplazarse por la ciudad, pedir permisos en sus trabajos así como dejar a sus hijos con terceros⁶. Este ejemplo muestra claramente la diferencia que existe entre el concepto jurídico de salud mental y otro más sutil, no enmarcado en la idea de orden público.

Los animales, además del hombre, tienen mente, ya que en el momento en que un ser vivo tenga un aparato sensorial por rudimentario que sea (visión, audición, olfato, tacto) habrá necesariamente un procesamiento neuronal (mental): la información que recibe el aparato sensorial requiere ser procesada para manejarse en el mundo y responder en él. De este modo lo «mental» se sostiene en los órganos del sistema nervioso. Recordemos los maravillosos trabajos de Iván Pavlov sobre el reflejo condicionado⁷, que el propio Freud reconoce como tales, en los que se relata/describe como un estímulo independiente que se presenta a un

⁴ Fuente: O.M.S., <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>.

⁵ SIGMUND FREUD, «El método psicoanalítico», *Obras Completas*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1987, p. 2107. Las citas de los textos de Freud se harán según la edición de sus *Obras Completas*, traducidas por Luis López-Ballesteros y de Torres, Biblioteca Nueva, Madrid, 9 vols., 1987.

⁶ Aquí considero válida una aclaración: que los hijos hayan tenido que pasar por situaciones de este tipo, bastantes habituales por otra parte en nuestra sociedad, no implica necesariamente que queden atrapados en un trauma posterior, ya que la insondable decisión del ser de la que hablaba Lacan puede desembocar que de adultos estos hijos piensen y conversen entre ellos diciendo: «mira qué idiotas nuestros padres, el lío en que se metieron por nuestro bien».

⁷ IVAN PAVLOV, *Los reflejos condicionados*, Ediciones Morata, Madrid, 1997.

animal —la comida— produce la salivación de éste; luego, al asociar la comida a otro estímulo inicialmente neutro —por ejemplo un sonido— éste pasa a ser un estímulo condicionado que producirá el mismo efecto en el animal —salivación— que el estímulo independiente. Pero esto en el ser humano no es siempre así, como el propio Pavlov advierte:

Si los conocimientos obtenidos en los animales superiores relativos a las funciones del corazón, estómago y de los demás órganos, tan semejantes a los del hombre, sólo se deben aplicar a éste con precaución, confirmando constantemente la analogía efectiva de la actividad de dichos órganos entre los animales y el hombre, qué cuidado más intenso no será necesario desplegar para el traspaso al hombre de los conocimientos exactos científico-naturales de la más elevada actividad nerviosa, obtenidos por primera vez sobre los animales, desde el momento en que, precisamente por esta actividad, se destaca el hombre de modo tan sorprendente de los demás animales, se coloca a una altura tan inconmensurable sobre todo el mundo de los seres vivos que le rodean. Sería una gran ligereza considerar estos primeros pasos en el estudio de la fisiología de la corteza cerebral como capaces de resolver los problemas intrincados de la alta actividad psíquica del hombre, cuando de hecho, en el momento actual, no es posible aplicar, sin más ni más, los resultados obtenidos en los animales al hombre⁸.

Los procesos del aparato psíquico humano no se reducen a un encadenamiento causal entre estímulos y respuestas, hay algo que va más allá de lo «mental» y que Freud, basándose en los trabajos de Theodor Lipps, llamó *inconsciente*, una noción, un concepto «metapsicológico» que ya Nietzsche, Schopenhauer, Platón entre otros, cada uno a su modo, habían intuido. Hoy día la psiconeurofisiología retorna a un punto anterior al de la teoría freudiana, teoría que produjo una ruptura radical con la idea de la primacía de la conciencia y la fisiología neuronal. Como advierte Pavlov, no es posible aplicar sin más los resultados obtenidos en los experimentos con animales al hombre: el animal no humano «se pega a la realidad y no goza de ninguna distancia respecto a ella»⁹. El animal es un ser de urgencia, mientras que el hombre puede, aunque no siempre, ser un ser de espera. Tomemos el ejemplo de un eclipse de sol: para un animal, lo real del fenómeno está pegado a la *realidad* —si oscurece a pleno día se irá a dormir—; en el hombre, en cambio, ese oscurecimiento inesperado puede producir un estado de angustia e incertidumbre, una dislocación del tiempo que intentará explicar de diferentes modos, atribuyéndolo por ejemplo a un castigo divino o, más adelante, otorgándole una explicación científica. En todo caso, es el lenguaje, en el

⁸ IBÍDEM, p. 409.

⁹ ALPHONSE DE WAEHLENS, *Heidegger*, Losange, Buenos Aires, 1955, p. 39.

hombre, lo que proporciona un sentido a un fragmento de lo *real*. En uno de sus últimos escritos Freud establece una clara definición del concepto de *inconsciente*:

La cuestión de la relación del consciente con lo psíquico puede ser considerada ahora como establecida: la conciencia es sólo una cualidad o atributo de lo que es psíquico, pero una cualidad inconstante. Pero existe otra objeción que hemos de aclarar. Se nos dice que, a pesar de los hechos que hemos mencionado, no es necesario abandonar la identidad entre lo que es consciente y lo que es psíquico; los llamados procesos psíquicos inconscientes son los procesos orgánicos que desde hace tiempo se ha reconocido que corren paralelos a los procesos mentales. (...) la conciencia sólo puede ofrecernos una cadena incompleta y rota de fenómenos. (...) Ni es necesario suponer que esta visión alternativa de lo psíquico sea una innovación debida al psicoanálisis. Un filósofo alemán, Theodor Lipps, afirmó con la mayor claridad que lo psíquico es en sí mismo inconsciente y que lo inconsciente es lo verdaderamente psíquico. El concepto del inconsciente ha estado desde hace tiempo llamando a las puertas de la psicología para que se le permitiera la entrada. La filosofía y la literatura han jugado con frecuencia con él, pero la ciencia no encontró cómo usarlo. El psicoanálisis ha aceptado el concepto, lo ha tomado en serio y le ha dado un contenido nuevo. Con sus investigaciones ha llegado a un conocimiento de las características de lo psíquico inconsciente que hasta ahora eran insospechadas y ha descubierto algunas de las leyes que lo gobiernan. Pero nada de esto implica que la calidad de ser consciente haya perdido su importancia para nosotros. Continúa siendo la luz que ilumina nuestro camino y nos lleva a través de la oscuridad de la vida mental. Como consecuencia del carácter especial de nuestros descubrimientos, nuestro trabajo científico en la psicología consistirá en traducir los procesos inconscientes en procesos conscientes, llenando así las lagunas de la percepción consciente...¹⁰

Las ciencias exactas tienen definido o al menos acotado su objeto de estudio e investigación. Pero en el caso de las prácticas dedicadas a la «salud mental» ¿cuál sería dicho objeto? Los manuales técnicos académicos nos indican que el mismo sería la *conducta* de los individuos y su *normalización* o *control*, encontrándose en ellos clasificaciones de psicopatologías y técnicas de intervención, así como la indicación de la farmacología pertinente para cada una de dichas patologías. Todo esto bajo un modo de diagnóstico e intervención estandarizado.

Tomemos un caso extraído de la práctica clínica. Un sujeto llega a consulta con un «diagnóstico» previo de *hipomanía*. El paciente relata que estuvo ingresado en diferentes unidades hospitalarias de psiquiatría y dos pisos tutelados para *enfermos mentales*. Los síntomas, tal como el sujeto comentó en las entrevistas preliminares, así como corroboraron

¹⁰ SIGMUND FREUD, «Algunas lecciones elementales de psicoanálisis», *O.C.*, p. 3423.

miembros de su familia y el psiquiatra de referencia, consistían en presentar una actividad laboral incansable y a un ritmo fuera de lo habitual que sólo le requería unas pocas horas de reposo para luego retomar nuevamente. Dicha actividad era productiva, esto es, centrada en su trabajo, que consistía en la gestión de un negocio familiar. Actividad productiva pero frenética que desbordó al sujeto dando comienzo a un período de consumo de ansiolíticos, somníferos, según diversas prescripciones médicas, y a un largo recorrido por psiquiátricos y pisos tutelados. Otro sujeto llega a la misma consulta también diagnosticado de *hipomanía*. En este caso el sujeto realizaba compras de objetos innecesarios poniendo en peligro el patrimonio y la economía familiar. El segundo paciente recibió el mismo diagnóstico y un tratamiento farmacológico y psiquiátrico similar al anterior. En el primer caso, el sujeto «hipomaniaco» desarrollaba aplicaciones informáticas en un tiempo menor al que cualquier profesional especializado emplearía. El segundo, que era un directivo de una empresa, dilapidaba su patrimonio sin descanso. El incipiente programador informático fue tratado como un enfermo, sin considerar que quizá detrás de ese torbellino de actividad galopaba un deseo desbordado que el sujeto necesitaba —puesto que manifestaba querer salir de esa situación— a través de un trabajo clínico adecuado, encauzar, al modo en que se construye un dique en un río caudaloso que con los mecanismos adecuados hará girar una turbina y producirá energía eléctrica.

Tratar todos los casos de igual manera sin tener en cuenta qué está en juego en cada sujeto y qué lleva a cada uno a construir una sintomatología determinada sólo conduce a una práctica clínica de una ética dudosa que desemboca en la precipitación diagnóstica, a encasillar al paciente en una etiqueta y pretender «curarlo» farmacológicamente. Asistimos en las últimas décadas, de la mano del «avance» técnico de las disciplinas y especialidades médicas, a una operación de «medicalización» generalizada de la población por parte de las prácticas «psi», incorporadas en cierto modo a la medicina, reduciendo los malestares anímicos a orígenes biológicos en base a modelos biomédicos que no consideran los aspectos y problemáticas históricas de los pacientes, ni los conflictos familiares, sociales, económicos. De este modo la psiquiatría —y la psicología que a su vez pretende pertenecer al campo de las profesiones sanitarias— se reduce a ser una rama de la medicina, haciendo hincapié en el diagnóstico y el tratamiento farmacológico que emerge de él, donde en la mayoría de las ocasiones la invención del fármaco precede al propio diagnóstico, es decir, se desarrolla un psicofármaco y luego se busca su aplicación. En el ámbito institucional, la asistencia psiquiátrica manifestó en el marco de diversos procesos de reforma desde los años sesenta, una transformación que posibilitó desplazar la intervención psiquiátrica clásica desde las instituciones de ingresos y

reclusión generalizada a las unidades y pabellones de psiquiatría en los hospitales generales y a la atención ambulatoria mediante centros de día y centros de salud mental. Sin embargo este proceso ha quedado detenido y no ha experimentado un avance a prácticas que contemplen una atención al paciente más allá de lo médico, lo farmacológico y lo asistencial.

Curiosamente la teoría de Pavlov fue presentada como un mero reduccionismo fisiológico por sus propios seguidores y la psicología conductista, velando la importancia que el fisiólogo ruso dio al lenguaje como característica específicamente humana:

(...) el lenguaje constituye nuestro segundo sistema de señalización de la realidad [el primero lo constituye el sistema sensorial que compartimos con los animales no humanos], que es específicamente humano y consiste en la señal de las señales primarias [sensoriales]. En parte, las múltiples excitaciones que recibimos a través del lenguaje nos han alejado de la realidad, lo que debemos recordar siempre para no permitir que se deformen nuestras relaciones con ella¹¹.

Los comienzos de una nueva ciencia. La hipnosis y la técnica catártica constituyeron las etapas previas del psicoanálisis, así como los estudios de Freud sobre los fundamentos neurofisiológicos de la vida anímica, que refleja en el *Proyecto de una psicología para neurólogos*¹², en un intento de explicar el funcionamiento mental, reduciendo los procesos psicológicos a su base neurológica y considerando la mente como una máquina que administra cantidades y flujos energéticos¹³, estudios y técnicas de los que paulatinamente se fue desprendiendo. Freud vislumbra que en la formación de los síntomas psíquicos de un sujeto están en juego conflictos entre energías psíquicas pulsionales y el propio yo, descubriendo el papel problemático de la sexualidad humana en los diversos malestares anímicos, resaltando que cuando en sus trabajos se refiere a «sexualidad» está hablando en un sentido amplio que no se reduce a la «genitalidad». Posteriormente Freud también descartó las primeras hipótesis de la *seducción* y del *trauma* como gérmenes de las neurosis, hipótesis que aunque distorsionadas respecto a como fueron concebidas, paradójicamente son aplicadas hoy día por las prácticas «psi» actuales:

Mi arsenal terapéutico no comprendía sino dos armas, la electroterapia y la hipnosis, pues el envío del enfermo a unas aguas medicinales después de una única visita no constituía una fuente suficiente de rendimiento. Por lo que respecta a electroterapia, me confié al manual de W. Erb,

¹¹ IVAN PAVLOV, cit. por JOSÉ MARÍA LÓPEZ PIÑERO, *Del hipnotismo a Freud*, Alianza, Madrid, 2002, p. 143.

¹² SIGMUND FREUD, «Proyecto de una psicología para psicólogos», *O.C.* pp. 208-276.

¹³ CARLOS GÓMEZ SÁNCHEZ, *Freud y su obra. Génesis y constitución de la Teoría Psicoanalítica*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2002, p. 69.

que integraba prescripciones detalladas para el tratamiento de todos los síntomas nerviosos. Desgraciadamente, comprobé al poco tiempo que tales prescripciones eran ineficaces y que me había equivocado al considerarlas como una cristalización de observaciones concienzudas y exactas, no siendo sino una arbitraria fantasía. Este descubrimiento de que la obra del primer neuropatólogo alemán no tenga más relación con la realidad que un libro egipcio sobre los sueños, como los que se venden en baratillos, me fue harto doloroso pero me ayudó a libertarme de un resto de mi ingenua fe en las autoridades. Así, pues, eché a un lado el aparato eléctrico, antes que Moebius declarara decisivamente que los resultados del tratamiento eléctrico de los enfermos nerviosos no eran sino un efecto de la sugestión del médico¹⁴.

Aquí consideramos importante destacar el uso actual de técnicas psicométricas, que a partir de las llamadas guerras mundiales, en particular la segunda, se constituyeron en un inmenso laboratorio de pruebas para las diferentes prácticas de las disciplinas «psi», para medición de aptitudes y capacidades de los sujetos. El impulso que recibieron la psiquiatría, la psicología y el nuevo campo de la «salud mental» se reflejó en la implementación de nuevos métodos de reclutamiento y selección de soldados, así como en el desarrollo y aplicación de test, cuestionarios y escalas y en diferentes experiencias y propuestas en terapias grupales, técnicas psicométricas, etc., técnicas intrusivas de selección de personal y de diagnóstico, que rápidamente fueron y son aplicadas a la población civil.

Esclavitudes actuales. El control social que se ejerce sobre los sujetos cambia con las épocas sociales e históricas, pero en esencia es el mismo que ya enunció Marx hablando de la esclavitud del fetichismo del dinero o Heidegger¹⁵ al plantear la esclavitud de la imagen y Hume que nos alertó del señuelo de la *conexión necesaria*¹⁶, esto es, llevado a la clínica, la tendencia a atribuir a cada efecto —por ejemplo, una fobia— una causa objetiva que puede dominarse a través de un fármaco, un consejo o una técnica de modificación de conductas. Los manuales de autoestima, los programas de radio y de televisión con consejos sobre técnicas de control orgásmico, la cirugía estética con la promesa que la mirada que el sujeto recibe cambiará, las baterías de test de evaluación de la personalidad o del nivel de *autoestima* o *ansiedad*, van generando una lenta *psicotización* de los ciudadanos. Efectos que observamos, a través del relato de los pacientes sometidos a la servidumbre del sexo, es decir, a la genitalización de la sexualidad: sujetos apabullados por consejos, consignas, estadísticas sobre el rendimiento sexual, etc., ya que como señala De Brasi «...en el sexo quizá, se está

¹⁴ SIGMUND FREUD, «Autobiografía», *O.C.* p. 2766.

¹⁵ MARTIN HEIDEGGER, «La época de la imagen en el mundo», *Caminos de bosque*, Alianza, Madrid, 2000.

¹⁶ DAVID HUME, *Investigación sobre el conocimiento humano*, Alianza, Madrid, 1996, p. 94.

jugando el mayor nivel de explotación que conoce la historia del hombre»¹⁷, explotación auspiciada por la industria cosmética, farmacológica, la cirugía plástica o la soberanía del cuerpo y del sexo *proprios*.

En *El malestar en la cultura*¹⁸, Freud destaca que el sufrimiento nos amenaza por tres lados:

- desde el propio cuerpo, condenado a la decadencia y a la aniquilación, sin poder prescindir de los signos de alarma que representan el dolor y la angustia;
- del mundo exterior, capaz de encarnizarse en nosotros con fuerzas de la naturaleza destructoras omnipotentes e implacables;
- de las relaciones con otros seres humanos.

El sufrimiento que emana de esta última fuente, nos dice Freud, quizá nos sea más doloroso que cualquier otro, pero es en este territorio vincular donde el sujeto puede hacer algo más. Así mismo, la finalidad de evitar el sufrimiento relega a un segundo plano la de lograr el placer y en todo caso las tentativas de alcanzar éste pueden llevarnos por caminos muy distintos: por un lado la búsqueda de la satisfacción ilimitada de todas las necesidades se impone como la conducta más tentadora, pero esto significa preferir el placer y el goce a la prudencia y a poco de practicar esta búsqueda un sujeto, cuando faltan los límites que la encauzan, emergerán consecuencias en principio no deseadas.

La evitación del sufrimiento, destaca Freud, puede buscarse por diferentes caminos, diferenciándose éstos según la fuente de displacer a la que se concede máxima atención; estos caminos serían:

- el aislamiento voluntario, el alejamiento de los demás, que sería el método de protección más inmediato contra el sufrimiento susceptible de originarse en las relaciones humanas;
- el recurso a la química, a través de la intoxicación con sustancias cuya presencia en la sangre o en los órganos proporcionan sensaciones placenteras de fuga momentánea que producirá una felicidad paradójica, modificando nuestra sensibilidad, proporcionando proporcionando un «placer» inmediato, sin mediación de la palabra, que da una aparente independencia del mundo exterior: «... los hombres saben que

¹⁷ JUAN CARLOS DE BRASI; EMILIO GONZÁLEZ, *La sexualidad y el poder desde el psicoanálisis (I)*, EPBCN; Barcelona, 2009, p. 26.

¹⁸ SIGMUND FREUD, *El malestar en la cultura*, O. C., p., 3025.

con ese “quitapenas” siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que en realidad no les pertenece»¹⁹.

Otra posible vía para evitar el sufrimiento, afirma Freud, consiste en reorientar los fines pulsionales eludiendo la frustración del mundo exterior a través de la sublimación de las pulsiones, cuyo sendero sería, por ejemplo, el proceso creador del artista o el trabajo de los oficios artesanales, que a su vez incorporan al sujeto a la comunidad humana:

La posibilidad de desplazar al trabajo y a las relaciones humanas con él vinculadas una parte muy considerable de los componentes narcisistas, agresivos y aun eróticos de la libido, confiere a aquellas actividades un valor que nada cede en importancia al que tienen como condiciones imprescindibles para mantener y justificar la existencia social. La actividad profesional ofrece particular satisfacción cuando ha sido libremente elegida, no obstante, el trabajo es menospreciado por el hombre como camino a la felicidad. No se precipita a él como a otras fuentes de goce²⁰.

Observamos hoy día un menosprecio por los oficios y por el trabajo, por parte de los estados e instituciones, consecuencia quizá de una intrincada y sutil o grosera trama de relaciones económicas que prometen un acceso a la «felicidad» a través de la supuesta inmediatez de los objetos. Como ya anticipara Freud: «La inmensa mayoría de los seres sólo trabaja bajo el imperio de la necesidad y de esta aversión y problemática humana al trabajo se derivan los más dificultosos problemas sociales»²¹. A su vez, quien vea fracasar sus esfuerzos por alcanzar esa felicidad, «aun hallará consuelo en el placer de la intoxicación crónica, o bien emprenderá esa desesperada tentativa de rebelión que es la psicosis»²².

Consideramos que estas reflexiones son necesarias a la hora de investigar las formas en las que se puede abordar y trabajar analíticamente el sufrimiento humano. Los modos y dispositivos de intervención que aquí se examinarán requieren tener en cuenta la necesidad de renunciar a intervenciones precipitadas y «resultados terapéuticos» inmediatos cuando del malestar psíquico se trata, para tener alguna posibilidad de ingresar en la mediación simbólica de la palabra y por tanto de la escucha del sufrimiento que presente un paciente.

¹⁹ IBÍDEM, p. 3026.

²⁰ IBÍDEM, n. 1.693, p. 3027.

²¹ IBÍDEM.

²² IBÍDEM, p. 3030.

El objetivo de este trabajo de investigación, por tanto, es triple:

- por un lado recorrer aquellos conceptos fundamentales que están en juego en la teoría del sujeto psíquico articulada desde el psicoanálisis, a saber: los conceptos de subjetividad, sexualidad, poder, síntoma, realidad psíquica e inconsciente.
- por otro, analizar los modelos de entender lo que se ha dado en llamar «salud mental», esto es, por un lado el modelo médico positivista que rige la atención sanitaria pública y privada y plantea una clínica de lo homogéneo, por otro el psicoanalítico, que propone una clínica de la *escucha* y la *diferencia*.
- y por último, en base a lo anterior, desplegar una descripción del dispositivo clínico *acompañamiento terapéutico* estudiando la inclusión del mismo como herramienta clínica para la atención de pacientes con problemáticas psíquicas y plantear en qué casos clínicos pueda ser necesario.

PRIMERA PARTE

APROXIMACIONES CONCEPTUALES

SUBJETIVIDAD \subseteq SEXUALIDAD \subseteq PODER²³

Todo lo sólido se desvanece en el aire; todo lo sagrado es profanado y, al fin, el hombre se ve constreñido, por la fuerza de las cosas, a considerar con los ojos bien abiertos sus condiciones de existencia y sus relaciones recíprocas.

Karl Marx; Friedrich Engels,
El manifiesto comunista

1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Nuestro lenguaje cotidiano está habitado por términos que, producto del trabajo de construcción efectuado desde la teoría psicoanalítica, devinieron conceptos: *represión, deseo, complejo, acto fallido, lapsus, libido, pulsión, repetición, inconsciente...* conceptos que sólo en el marco del acto analítico, esto es, en *transferencia*, permiten confrontar al sujeto con los atolladeros de su *deseo*²⁴. El valor científico de estos conceptos puede terminar por ser devaluado debido al (ab)uso cotidiano y la deriva divulgativa a la que son sometidos, si no son trabajados en el marco epistemológico y ético en el que fueron concebidos. Dicho marco es la teoría del inconsciente construida por Freud, teoría con la que se produce —al igual que Copérnico con la teoría heliocéntrica, Marx con la teoría del valor, Darwin con la de la selección natural o Einstein con la teoría de la relatividad— una ruptura con el modo ideológico de aprehender la realidad, en sus diferentes campos y manifestaciones. Teoría que viene a afirmar que no es la conciencia, ni las ilusiones de la percepción ni las trampas de la razón rigen nuestras vidas:

En el análisis freudiano el yo se revela como personaje, apariencia, reflejo especular de la conciencia, que se asienta sobre la negación represiva y, en consecuencia, lleva el signo de la alienación y el dislocamiento: piensa donde no es y es donde no piensa²⁵.

²³ En teoría de conjuntos el operador \subseteq indica la relación de inclusión recíproca de los términos que vincula.

²⁴ El concepto de *deseo* es central en la teoría psicoanalítica, como destacará a lo largo de su obra Jacques Lacan, cuyo seminario de 1958-59 está dedicado expresamente a la noción de deseo. Freud dirá que el contenido de un sueño responde a la realización disfrazada de un deseo reprimido, incluso sueños de castigo o angustiosos. Lacan afirma en una fórmula que ha sido entendida de diversos modos, que la única cosa de la que puede ser culpable un sujeto es de haber cedido en su deseo, esto es, haber renunciado a un deseo ético y por tanto, legítimo, deseo que Lacan definió como la metonimia de nuestro ser. Ahora bien, el deseo al que se refiere el psicoanálisis es *inconsciente*: el uso corriente del término deseo, en cambio, hace referencia a la intención que un sujeto dado manifiesta en un momento, pero que no necesariamente responde a su *deseo inconsciente*.

²⁵ EUGENIO FERNÁNDEZ GARCÍA, «Elementos para una teoría del sujeto en B. Spinoza» en *Revista Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*, Ed. Universidad Complutense de Madrid, 1985, p. 125.

Por tanto, para pensar los diferentes modelos de atención clínica del malestar del sujeto contemporáneo —que el *orden social* vigente pretende controlar a través de psicotrópicos y lenitivos buscando la *normalización de la conducta* y el acatamiento, suprimiendo y silenciando los síntomas que generan sufrimiento sin trabajar su significación— más allá de concepciones racionalistas del ser humano que sólo contemplan el lenguaje de la conciencia y la razón, considero necesario trabajar, entre otros, tres conceptos fundamentales: *subjetividad*, *sexualidad* y *poder*, manteniendo como telón de fondo aquella sentencia de Lacan, que alertaba a aquellos que se posicionaban en un lugar de saber más allá de cualquier duda, cuando afirmaba:

Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época. Pues ¿cómo podría hacer de su ser el eje de tantas vidas aquél que no supiese nada de la dialéctica que lo lanza con esas vidas en un movimiento simbólico?²⁶.

2. DIMENSIONES DE LA *SUBJETIVIDAD*: USOS, ABUSOS, OPINIONES

(...) se empieza por ceder en las palabras y se acaba a veces por ceder en las cosas.

Sigmund Freud

Es habitual un uso indiscriminado e impreciso del concepto *subjetividad* a la hora de utilizarlo como sostén de diversos campos de estudio, como muestra por ejemplo su uso en un régimen conjuntivo donde «pierde toda su potencia instituyente o su pertenencia a una larga temporalidad histórica que no se revoca voluntariamente»²⁷. Tenemos, entonces, subjetividad y sexualidad, subjetividad y violencia de género, subjetividad y globalización, subjetividad y... como una forma de dar consistencia al término al que se asocia. También es habitual el uso del término como opuesto al de objetividad, pero ¿bajo qué idea de *sujeto* y de *objeto*? Por tanto, ¿qué se entiende por subjetividad?, ¿qué prácticas o elementos operan o emergen en un proceso de producción de subjetividad?, ¿de qué se habla cuando se nombra el concepto?, último interrogante éste de imposible respuesta. Para abordar estas complejas cuestiones, me remitiré a los trabajos de Deleuze y De Brasi, que evidentemente no cierran una definición sino que abren todo un territorio de pensamiento sobre el que se despliega la problemática de

²⁶ JACQUES LACAN, «Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis», Informe del Congreso de Roma celebrado el 26 y 27 de septiembre de 1953, *Escritos I*, Siglo XXI, México, 2001, p. 309.

²⁷ JUAN CARLOS DE BRASI, *La problemática de la subjetividad*, EPBCN, Barcelona, 2007, p. 2.

la *subjetividad*, territorio del que no habría que alejarse demasiado para que no se disperse ni se diluya el valor del concepto.

Para Deleuze «el sujeto se define por un movimiento y como un movimiento, movimiento de desarrollarse a sí mismo»²⁸. El sujeto se construye a través de la mediación simbólica del lenguaje y la trascendencia producto de un trabajo de alienación y separación. En primera instancia la alienación, consecuencia de una dependencia necesaria de todo ser humano de otro que lo sostenga para sobrevivir, representaría el proceso mediante el cual el sujeto se constituye a través de la identificación con el otro semejante. A dicho proceso debe seguir un trabajo de separación, a falta del cual el sujeto correría peligro de quedar atrapado en las garras del deseo salvaje del otro, como ocurre en la psicosis.

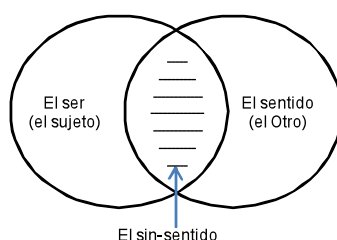


Figura 1: La alienación²⁹

Alienación y separación son momentos necesarios de producción de un sujeto: es necesaria una primordial alienación que posibilite que el infante se constituya en torno a los significantes en el campo del Otro, del lenguaje, y así mismo, es necesario un segundo momento, el de separación de las figuras parentales o de quienes ejercieron esa función. La alienación original a la que el cachorro humano se aferra para sobrevivir necesita la posterior mediación —*metáfora paterna*³⁰— para separarse del objeto primordial de sustento y construir, incluso casi bruscamente, su «identidad», su modo de estar-siendo en el mundo —*Dasein*³¹—. La fusión originaria con el seno materno que satisfacía imaginariamente toda

²⁸ GILLES DELEUZE, *Empirismo y subjetividad*, Gedisa, Barcelona, 2002. p. 91.

²⁹ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1987.

³⁰ El concepto lacaniano de *metáfora paterna* se desarrollará en el apartado dedicado a las psicosis.

³¹ El concepto heideggeriano *Dasein* ha sido traducido al castellano por José Gaos como «ser-ahí». *Dasein* significa existencia, pero Heidegger lo limita a la existencia humana. El sentido que da Heidegger al término se refiere al ser humano en tanto que abierto a sí mismo, al mundo y a los demás seres humanos. En su traducción de *Ser y Tiempo* (Trotta, Madrid, 2009) Jorge Eduardo Rivera opta por dejar el término en alemán, puesto que en su opinión, y en la de otros traductores, al ser traducido, perdería su riqueza polisémica. El ser humano *ex-siste*, surge y se descubre para sí mismo saliendo de sí mismo, construyéndose a través de sus actos, sus proyectos, sus pesares y malestar. *Dasein* como sustantivo se traduce como *existir* y como verbo, en general como *estar-aquí*, esto es, *ser* en una situación determinada. Por tanto lo decisivo de la vida de un sujeto no es el conjunto de propiedades dadas, sino el tener que hacerse con ellas y a partir de ellas, vivir: existir implica siempre ocuparse de la propia vida, en un intercambio permanente con el mundo, con las cosas del mundo y con los otros, de lo contrario la existencia se reduce a un mero transcurrir del tiempo. Cuando el sujeto renuncia a este trabajo, ya no

necesidad requiere la intervención de otro —el padre— para posibilitar que el incipiente sujeto renuncie a buscar insistentemente esa completud que en realidad nunca existió ni existirá como tal. Esta intervención de la figura paterna propiciará la búsqueda en el mundo de los objetos —parciales—, uno tras otro, dentro de un orden, con la paradoja de que ningún objeto podrá colmar la demanda de esa quimera de plenitud³². La operación de separación posibilitará la emergencia de un sujeto deseante, con palabra propia, de manera que no todo lo que tenga que decir sea dicho o dictado por otro —por la madre, por ejemplo—, como veremos más adelante en este trabajo a través del análisis de diversos casos clínicos. La *separación* no implica llegar a un punto de ruptura con el Otro, con la palabra, con lo simbólico: no es una *renegación*³³. El proceso de alienación, en el sentido en que lo plantea Lacan, no es pérdida de libertad, ni el proceso de separación implica liberación e independencia, ya que el deseo —inconsciente— del sujeto siempre está *sujeto* al deseo del *Otro*. No hay posibilidad de que el deseo se exprese como un «yo deseo», puesto que el sujeto está inmerso en una trama vincular de deseos. De esta manera no habría deseos propios puros: se desea lo que otro desea. Tal como señala Ricoeur:

podrá sostenerse en el mundo, dicha capitulación por *ex-sistir* lo despojará de su propia vida y existencia como sujeto. El *Dasein* implica al hombre activo que ejerce en su comportamiento una cierta «idea» de sí mismo, idea «preconscientes» más allá de su propia voluntad, que se relaciona con la acción que realiza en la búsqueda de un propósito y con el grado de entrega —trabajo— en relación al mundo. El *Dasein* existe fundamentalmente como poder ser, *siendo*; como fuente de posibilidades existe en la medida en que se despliega.

³² La paradoja de que no hay *objeto* que satisfaga el *deseo* permite que éste se relance y se mantenga vivo, más allá del desplazamiento histérico de insatisfacción permanente; la ética del deseo —legítimo— y la no renuncia a él, constituye al hombre como ser en proyección y con posibilidad de ser, proyección que concierne al «estado de abierto» del «ser-en-el-mundo» como posibilidad de constituirse como sujeto, con acceso a la palabra, trascendiendo el ideal solipsista y autorreferencial de «yo soy», ya que el ser humano sólo existe con otros, y *cuidando de sí*, para no caer en las redes del «tu eres» como imposición perversa.

³³ El concepto de *renegación* —*Verleugnung*—, que ya retomaremos cuando hagamos referencia a las *perversiones* en el capítulo VIII de este trabajo, Freud lo emplea para definir un modo específico de defensa que un sujeto utiliza para no reconocer la realidad de una percepción insoportable. Lacan hace de este mecanismo el eje de las perversiones destacando que a diferencia de la represión, que es propia de las neurosis, en la renegación el sujeto reniega pero conoce de lo que reniega. El mecanismo de la renegación responde a la siguiente fórmula: el niño se protege de la amenaza de castración renegando de la ausencia de pene en la niña, la mujer y fundamentalmente en su madre. En «La organización genital infantil» (1923), Freud postula que: «La afirmación de que la primacía de los genitales no aparece aún establecida o sólo muy imperfectamente, en el temprano período infantil, no nos satisface ya por completo, la afinidad de la vida sexual infantil con la del adulto va mucho más allá y no se limita a la emergencia de una elección de objeto. Si bien no llega a establecerse una perfecta síntesis de los instintos [pulsiones] parciales bajo la primacía de los genitales, el interés dedicado a los genitales y la actividad genital adquieren de todos modos, al alcanzar el curso evolutivo de la sexualidad infantil su punto más alto, una importancia predominante poco inferior a la que logran en la madurez. En el carácter principal de esta *organización genital infantil* hallamos, además, su más importante diferencia de la organización genital definitiva del adulto. Este carácter diferencial consiste en que el sujeto infantil no admite sino un solo órgano genital, el masculino, para ambos sexos. No existe, pues, una primacía genital, sino una primacía del *falo*», véase SIGMUND FREUD, *O.C.* pp. 2698-9. Los niños y niñas, reniegan de esta falta en la madre, la mujer o la niña, velando la evidencia de lo que ven. En la infancia esta renegación es un proceso normal, reinando la ignorancia con relación a la constitución de los órganos genitales y deja de serlo cuando se prolonga en la vida adulta, como se observa en el fetichista que perpetúa esa creencia infantil renegando de la castración femenina, creyendo en ella inconscientemente, ocupando con el fetiche el lugar del pene materno faltante.

Pues bien, parece que el deseo, como modo de ser junto a otros seres, sólo es deseo humano si su objetivo no es únicamente deseo del otro, sino deseo del otro deseo, es decir, demanda (...) Por otra parte, el diálogo analítico resulta posible por cuanto el deseo es deseo del deseo, por tanto demanda y por tanto algo constituido por la palabra dirigida al otro³⁴.

Partiendo del originario desamparo del ser humano al nacer, y una vez acceda al lenguaje, el sujeto irá vislumbrando que ha sido arrojado en la existencia y obligado a realizar una vida cuyo hecho no ha elegido, con un abrupto sentimiento de encontrarse inmerso en ella y abandonado a su suerte. De este modo el sujeto intuye su contingencia como ser y su precariedad cotidiana.

La existencia siempre está por hacer, no es nunca algo logrado. En su comienzo la cría humana es un ser de urgencia a diferencia de lo que debe advenir, esto es, un ser de espera. Para llegar a ello y constituirse como sujeto humano, el niño requiere necesariamente al otro parental que lo sostenga en sus primeros años de vida, no sólo con objetos y alimentos, sino fundamentalmente con palabras, posibilitando de este modo el acceso al lenguaje que lo constituirá como sujeto. En este punto, en lo que concierne a la constitución del sujeto psíquico, Winnicott produce un texto de investigación y descubrimientos que en ocasiones ha quedado velado o mal trabajado. En *Realidad y juego*, Winnicott se centra en la experiencia del sujeto, esto es, en los *fenómenos transicionales*, en los modos de acceso del niño al mundo de las palabras, del lenguaje, más allá de las representaciones y *objetos transicionales*: «ahora se reconoce en general que lo que estudio en esta parte de mi trabajo no es un trozo de tela o el osito que usa el bebé; no se trata tanto del objeto usado como del *uso* de ese objeto»³⁵.

Es habitual en la práctica clínica, tanto con niños como con adultos, dar un singular valor a la cuestión del objeto —la droga en los adultos, la comida en los adolescentes, los juguetes en los niños—, desdeñando de este modo otras aristas y problemáticas en juego, como por ejemplo las que se dan en un síntoma anoréxico, toxicómano o autista. Esta visión sesgada y limitada de diversas prácticas clínicas, que no contemplan ni sospechan una teoría del psiquismo, termina conduciéndolas a centrarse en la conducta, pretendiendo modificarla mediante técnicas y especializaciones, con «expertos» en infancia, en «drogodependencia», en «anorexia», etc. que elaboran y aplican catálogos y manuales de test, pruebas, evaluaciones, dejando de lado la experiencia propia y humana del lenguaje y sus implicaciones. Podemos observar como en el trabajo terapéutico con pacientes que presentan alguna inhibición o

³⁴ PAUL RICOEUR, *Freud, una interpretación de la cultura*, México D.F., pp. 338-339.

³⁵ DONALD W. WINNICOTT, *Realidad y juego*, Gedisa, Barcelona, 2000.

«enfermedad mental» se los envía a talleres de jardinería, informática, carpintería, con el único objeto de poner en juego la motricidad de los mismos, actividades éstas que en general despiertan escaso interés en los destinatarios y generalmente acaban siendo abandonadas, salvo en aquellos casos donde es el sujeto quien las demanda.

El sujeto psíquico no se define por la trama simplificadora que proponen modelos psicoterapéuticos que hablan de *mundo interior*, *individuo*, *yo* o *personalidad*. En ese sentido, las prácticas del campo «psi» recurren habitualmente a la idea de «personalidad» para dar cuenta de fenómenos y procesos psíquicos complejos. Un síntoma que manifieste un sujeto como por ejemplo su imposibilidad para salir a la calle solo, no se lo explica diagnosticando un trastorno de personalidad antisocial o fóbica, ya que de este modo se lo reduce a una conducta manifiesta que no responde a lo esperado como norma, descartando que detrás del fenómeno observado hay una decisión inconsciente elaborada, sutil y por tanto insondable desde la razón: el movimiento de constituirse como sujeto requiere un trabajo de superación y reflexión que no todo ser humano, debido al entramado vincular en que se encuentre, puede emprender.

El trabajo analítico requiere inexcusablemente poner en el centro de la experiencia misma la dimensión del lenguaje. Un sujeto al hablar —piénsese por ejemplo en un sujeto que sufre o dice sufrir— da cuenta de su posición, manifiesta saber más de lo que cree y dice más de lo que quiere, pero es en la escucha analítica, esto es, en *transferencia*³⁶, donde ese hablar adquiere un valor diferente al del diálogo, la conversación o la confesión. Cuando se atribuye la causa de una inhibición a un trastorno de personalidad, como suele ser habitual en la atención psicoterapéutica, se cae inexorablemente en la trampa de la creencia en una causalidad mecanicista. Hume trajo al centro de la problemática de la *causalidad* la cuestión de la idea de *conexión necesaria* cuando afirma que entre las cualidades sensibles y «los poderes de la naturaleza inferimos una conexión y a ésta no se la conoce, es el movimiento del espíritu el que reclama una explicación causal»³⁷. Cuando miramos los objetos y examinamos la acción de las causas, no podemos descubrir de una sola vez poder o conexión necesaria alguna entre ellos, ni ninguna cualidad que ligue el efecto a la causa y resulte consecuencia indefectible de aquella. Hume pone un ejemplo límite, el de la mesa de billar,

³⁶ *Transferencia* es un concepto de la teoría psicoanalítica que se refiere al proceso en virtud del cual modos de vincularse del paciente se desplazan y actualizan, dentro de la relación analítica, en la figura del analista. Se trata de la repetición de prototipos infantiles, vividos con un fuerte sentimiento de actualidad. Un sujeto en análisis revive y transfiere inconscientemente esos modos de relacionarse bajo la forma aparente de fuertes sentimientos y afectos hacia el analista —amor, odio, rechazo, enamoramiento, inclinación erótica, etc.—. En virtud de ello, la transferencia será, paradójicamente, obstáculo y motor a su vez del tratamiento analítico, esto es, la herramienta primordial para la instauración y construcción de un tratamiento analítico.

³⁷ DAVID HUME, *op. cit.*, p. 97.

donde lo único que nuestros sentidos perciben es que al impulso de una bola acompaña el movimiento de la segunda³⁸. La paradoja que plantea Hume nos pone a trabajar para pensar cuál es el sentido con el que se utiliza la idea de «causa», con lo que ya no podremos formular que porque dos objetos presenten una relación de contigüidad en el espacio y en el tiempo, necesariamente tengan una relación de causalidad. Por tanto, cuando un objeto nos parece estar en conexión con otro, lo único que podemos afirmar es que los dos objetos han adquirido, por inferencia, una conexión en nuestro pensamiento.

En la práctica clínica inferir de un síntoma manifiesto en —aparente— tristeza, apatía, etc. que un sujeto «padece una depresión», es arriesgar un diagnóstico sólo sostenido en nuestra percepción, en este caso visual, sin pensar, por ejemplo, el ¿para qué o para quién se muestra apático o deprimido un sujeto?, ¿en verdad lo que subyace a la sintomatología aparentemente depresiva —donde subyace en realidad una agresión— es un estado depresivo? Todo acto psíquico está *sobredeterminado inconscientemente*, sujeto a múltiples procedimientos de subjetivación y a una trama vincular propia en cada sujeto. En ocasiones se produce en la literatura «científica» del campo «psi» una sinonimia entre subjetividad e interioridad, entre lo mental y lo psíquico. La producción de subjetividad es un proceso en el que los conjuntos de conexiones y relaciones entre los seres humanos generan formas de pensar, de vincularse, de hacer, de sentir, de producir flujos *deseantes*. El trabajo analítico debe crear las condiciones que posibiliten al sujeto implicarse en la producción de su propia subjetividad, que permita que el sujeto se cree e invente, entendiéndose por ello que reescriba o escriba su historia y posición ante el mundo. Sin embargo hoy asistimos a la pérdida del carácter eminentemente clínico —*kliné*— del psicólogo, del médico, del psiquiatra, incluso en el marco de corrientes pseudo-psicoanalíticas, convertidos muchos de ellos en «volcadores» de datos y estadísticas en planillas e informes, técnicos aplicadores de test y protocolos burocráticos, avalados por nuevos modos de control por parte de los Estados y las organizaciones productoras de subjetivación, a través de modernas cavernas, que bajo el imperio de la informática en el marco de la economía de feria, van generando vertiginosamente el «nuevo» hombre *modernícola*³⁹.

3. PROBLEMÁTICAS DEL PODER

Consideramos también necesario señalar algunas cuestiones respecto al concepto de *poder* para intentar solventar algunos malentendidos. Por *poder* no se entiende solamente el

³⁸ IBÍDEM.

³⁹ JUAN CARLOS DE BRASI, *La problemática de la subjetividad*, op. cit., p. 116.

conjunto de instituciones y aparatos de control que garantizan la sujeción y organización de los ciudadanos en un Estado determinado, ni tampoco un sistema general de dominación ejercida por un elemento o un grupo sobre otro, y cuyos efectos atravesarían el cuerpo social entero. Como bien señala Foucault⁴⁰, el análisis en términos de poder no debe postular la soberanía del Estado, la forma de la ley o la unidad global de una dominación, ya que éstas son más bien formas terminales. En la idea de poder hay que considerar la multiplicidad de las *relaciones de fuerza* inmanentes y propias del dominio en que se ejercen y que son constitutivas de una organización, los apoyos que esas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras y las estrategias que las tornan efectivas, entre otras. La condición de posibilidad del poder no debe buscarse en la existencia primera de un punto central, en un foco único desde el cual irradiarían formas descendientes. Las relaciones de poder son siempre locales e inestables. El poder es omnipresente y se está produciendo a cada instante, *está* en todas partes, no es que lo englobe todo sino que viene de todas partes; el poder no es una institución, ni una estructura, no es cierta potencia de la que sólo algunos estarían dotados: es el nombre de una situación estratégica compleja en una sociedad dada.

El control de los individuos, esa suerte de control penal punitivo al nivel de sus virtualidades no puede ser efectuado por la justicia sino por una serie de poderes laterales, al margen de la justicia, tales como la policía y toda una red de instituciones de vigilancia y corrección: la policía para la vigilancia, las instituciones psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas y pedagógicas para la corrección⁴¹.

Foucault afirma que el poder no se tiene, sino que se ejerce; poder no del grupo empresarial tal o el magnate cual, ya que el poder no es algo que se adquiera, algo que se conserve o se deje escapar: el poder se ejerce desde innumerables puntos, en el juego de relaciones móviles y no igualitarias. Las relaciones de fuerza que se forman y actúan en los aparatos de producción, en la familia, en los grupos restringidos y en las instituciones, sirven de soporte a efectos de escisión que recorren el conjunto del cuerpo social. Por ello consignas del tipo «hay que tomar el poder, arrebatárselo al que lo tiene» pueden considerarse un fracaso anticipado, como se ha observado en muchos movimientos que pretendieron ser emancipatorios y que buscaban una revuelta del orden impuesto por un gobierno o régimen, ya que incluso si éstos llegan a ser destituidos el poder que ejercían se desplazará como un magma y se dislocará sin que pueda ser aprehendido por el propio movimiento pretendidamente destituyente.

⁴⁰ MICHEL FOUCAULT, *La historia de la sexualidad. La voluntad de saber*, Siglo XXI, México, 1991.

⁴¹ ÍDEM, *La verdad y las formas jurídicas*, Barcelona, Gedisa, 2003, p. 98.

Donde hay poder hay resistencia, pero ésta nunca es exterior al mismo, no hay relación exterior con él, ya que los puntos de resistencia están presentes en todas partes dentro de la red de poder. Es habitual personalizar el poder, en quien supuestamente lo tiene, pero esta dinámica se revela engañosa, ya que en rigor, lo único que podemos decir del poder es quién no lo tiene y poco más. Un ejemplo de dicha personalización del poder lo plantea Wilhelm Reich⁴² en *Psicología de masas del fascismo*, cuando señala que las *masas* deseaban el nazismo y el fascismo, deseaban una figura autoritaria, guardiana. El mismo razonamiento se puede extender a las masas chilenas y argentinas que desearon la llegada de los militares en los años setenta. En ese sentido Reich planteó una hipótesis muy interesante al afirmar que a un tirano no se lo derroca combatiéndolo, sino no participando en ninguno de sus deseos, de esta manera caería solo. Estas líneas de fuerza que operan en las masas están en juego en el núcleo de la organización social que es la familia, como se puede observar fácilmente en aquellas relaciones tormentosas de pareja donde uno de los cónyuges agrede al otro: las instituciones reducen esta situación bajo un paraguas de generalización etiquetándola como *violencia de género*. También es habitual llamar a este modo de relación, que se sostiene a pesar de la agresividad desatada en ella, como *sadomasoquista*. En ambos casos subyace la idea de víctima y verdugo y en muchas ocasiones se observa como la parte agredida después de denunciar la agresión pasa a retirar la demanda e incluso vuelve a acoger al agresor en el domicilio común. En realidad, no es difícil ver que el sadismo está en juego en ambos miembros de la pareja, ya que la parte agredida pasa a sostener la situación de agresión, identificándose con el agresor, apuntando al punto de *goce*⁴³ de éste y por tanto sosteniéndolo. Los ejemplos pueden resultar arbitrarios, como ya advirtió Winnicott⁴⁴, puesto que quizá desemboquen en una identificación y clasificación artificial de ejemplares, por tanto, es imprescindible contemplar cada caso como único, dado que diversos factores —sean estos económicos, afectivos, etc.— pueden estar impidiendo que el agredido se vaya o aleje del domicilio, destacando entre ellos el económico, esto es, el valor atribuido a los objetos y las mercancías, que participa de forma sustancial en las relaciones y vínculos entre los sujetos, como vemos en aquellas parejas que a la hora de plantearse una separación dan mayor valor a

⁴² WILHELM REICH, *Psicología de masas del fascismo*, Editorial Ayuso, 1976.

⁴³ El concepto de «goce» (*jouissance*) en la teoría de Lacan expresa la satisfacción paradójica que el sujeto obtiene de su síntoma, esto es, el sufrimiento que deriva de su propia satisfacción. Su equivalencia la encontraríamos en la idea de «beneficio secundario de la enfermedad». El síntoma es un cuerpo extraño para el sujeto, sin embargo el *yo* da la impresión de adaptarse al síntoma e incluso gozar con las ventajas que el mismo le procura bajo la forma de un «beneficio secundario» que refuerza su fijación. De este modo, un malestar psíquico, por insostenible que sea, puede generar un beneficio, como puede ser el dejar de atender las responsabilidades cotidianas: ir a trabajar, cuidar a los cercanos, atender a las obligaciones diarias.

⁴⁴ DONALD W. WINNICOTT, *Realidad y juego*, Gedisa, Barcelona, 2000, p. 14.

los objetos y propiedades conyugales que a la estructura y ambiente familiar donde sus hijos crecen.

4. EL ETERNO RETORNO DE LO MISMO: LA COMPULSIÓN A LA REPETICIÓN

En *Mas allá del principio del placer*, Freud hace referencia a aquellos individuos cuya tendencia es más a repetir que a recordar:

De este modo conocemos individuos en los que toda relación humana llega a igual desenlace: filántropos a los que todos sus protegidos, por diferente que sea su carácter, abandonan irremisiblemente, con enfado, al cabo de cierto tiempo, pareciendo así destinados a saborear todas las amarguras de la ingratitud; hombres en los que toda amistad termina por la traición del amigo; personas que repiten varias veces en su vida el hecho de elevar como autoridad sobre sí mismas, o públicamente, a otra persona, a la que tras algún tiempo derrocan para elegir a otra nueva; amantes cuya relación con las mujeres pasan siempre por las mismas fases y llega al mismo desenlace. No nos maravilla en exceso este «perpetuo retorno de lo mismo» cuando se trata de una conducta activa del sujeto y cuando hallamos el rasgo característico permanente de su ser, que tiene que manifestarse en la repetición de los mismo actos⁴⁵.

Freud revela aquí esas relaciones de fuerza internas —pulsiones— que el sujeto no puede domeñar, fuerzas que lo empujan a actuar una y otra vez un guión escrito por él mismo pero que sufre como ajeno. En este eterno retorno de lo mismo —como por ejemplo vemos en la neurosis obsesiva— emerge un concepto crucial en la teoría y práctica psicoanalítica: la «compulsión a la repetición».

La teoría y la observación psicoanalítica se ve enfrentada desde su origen a este fenómeno, observado en las manifestaciones diversas del síntoma, ya sea en los ceremoniales obsesivos, o en inhibiciones funcionales, huidas fóbicas, etc. Algo intenta y logra retornar, en forma de sueños, síntomas: «(...) lo que así permanece incomprendido retorna una y otra vez, sin descanso, como un alma en pena, no descansa hasta encontrar comprensión y redención»⁴⁶. A partir de esta constatación, Freud va construyendo el modelo de la cura analítica a través del recuerdo, la repetición transferencial y un trabajo de construcción *con* el paciente. La noción de compulsión a la repetición da cuenta del carácter conservador de las pulsiones que reproducen experiencias y situaciones antiguas y penosas, teniendo el sujeto la impresión de que se trata de algo plenamente motivado en las situaciones actuales. Lo que se repite en la

⁴⁵ SIGMUND FREUD, *Más allá del principio del placer*, O.C., p. 2516.

⁴⁶ ÍDEM, *Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Caso Juanito)*, O.C., p. 1428.

vida cotidiana son experiencias manifiestamente displacenteras. Los comportamientos en apariencia incoercibles característicos de esta compulsión emanan de procesos psíquicos inconscientes, por tanto resulta difícil de comprender el hecho de que los mismos sean efecto de una transacción o formación de compromiso o, más aún, de la realización de un deseo reprimido, esto es, que una instancia psíquica del sujeto obtenga la satisfacción de dicho deseo. En *Más allá del principio del placer* Freud sostiene la hipótesis de que bajo el sufrimiento aparente vinculado a un síntoma se busca la realización de un deseo. Lo que Freud plantea es que lo que es displacentero para una parte del psiquismo debe producir placer para otra, resaltando que aquel acto que con efectos displacenteros se repite, por paradójico que parezca, aparece siempre reforzado por motivos que obedecen a un deseo inconsciente *sobredeterminado*.

La repetición compulsiva de lo displacentero se reconoce como un dato incontestable de la experiencia analítica. Las incógnitas que emergen de esta evidencia son ¿al servicio de qué actúa esta tendencia a la repetición?, ¿qué fuerza está detrás de esas representaciones, frases, actos o situaciones que vive el sujeto y que retornan sin cesar sin una aparente intención deliberada por parte del actor? Este retorno de lo mismo y esta insistencia en manifestarse, cuando terminan por hacerse compulsivos, se presentan bajo la forma de un automatismo. A diferencia de la reproducción que es ejecutada voluntariamente por el sujeto, la repetición parece empujada por una fuerza extraña a él. La repetición es uno de los conceptos rectores de la última parte de la obra de Freud, en la que introduce la noción de «pulsión de muerte», abriendo camino a la descripción del aparato psíquico como resultado de la interacción de tres instancias que llamó el *yo*, el *ello* y el *superyó*, cuyo análisis desarrollaremos más adelante.

Partiendo de la observación de que existe un límite a la rememoración, en 1914 Freud comienza a conceptualizar la noción de repetición. En el ensayo *Recuerdo, repetición y elaboración*, señala que «lo que no se puede rememorar, retorna de otro modo, se repite en la vida del sujeto sin que él lo sepa»⁴⁷. Y más adelante afirma que

(...) el analizado no recuerda nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo vive de nuevo. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto; lo repite sin saber, naturalmente, que lo repite. (...) Pero la mejor manera de refrenar la compulsión repetidora del enfermo y convertirla en un motivo de recordar la tenemos en el manejo de la transferencia⁴⁸.

⁴⁷ SIGMUND FREUD, *Recuerdo, repetición y elaboración*, O.C., p. 1683.

⁴⁸ IBÍDEM, p. 1685.

Ahora bien, lo que no se recuerda retorna y se repite en acto, pero para sostener la existencia y un proyecto de vida se requiere poner en juego un cierto olvido que impida al sujeto quedar anclado a un pasado o una pérdida, real o imaginaria, que lo inmovilice, como sucede en la melancolía. Pero ¿por qué algunas personas se ven forzadas a repetir infinitamente ciertos actos, ciertas escenas dolorosas, si tales repeticiones no les procuran placer? se pregunta Freud con insistencia. Pregunta que lo conduce a formular la hipótesis de que en el psiquismo rige otra lógica junto a la del *principio del placer*, en la medida en que éste por sí solo no explicaba ciertas manifestaciones de la repetición observadas en la clínica.

En varios lugares de su obra Freud estudió el fenómeno de la repetición, entre ellos, en el artículo *Los que fracasan cuando triunfan*⁴⁹, donde señala que hay quienes, contra pronóstico, enferman cuando ven cumplido un deseo fundado y largamente deseado, como si esos sujetos no pudieran soportar la «felicidad». Freud postula que en tales casos el fracaso tiene a menudo para el sujeto la función de un «precio a pagar» a modo de un tributo exigido por una culpa subyacente y que, por tanto, las conductas repetitivas de fracaso son una manera de soportar el peso de dicha culpa y una prueba de que esta última no se conforma con ello, puesto que exige siempre nuevos fracasos. En el *Proyecto de psicología para neurólogos*⁵⁰, al esbozar un modelo neurológico del funcionamiento del aparato psíquico, Freud utiliza el concepto de *facilitación*, que podemos considerar como una primera aproximación al que posteriormente desarrollará como compulsión a la repetición. Posteriormente, en *Mas allá del principio del placer*, Freud retoma el concepto de *facilitación*, que señala la idea de una economía de la energía psíquica que siempre tiende a recorrer un camino ya recorrido, ya que otros nuevos oponen resistencia, una especie de memoria que ahorra al sujeto el encuentro con lo nuevo. A este respecto Lacan destaca que

(...) el recurso a la *facilitación* no tiene nada que ver, en Freud, con la función del hábito tal como ésta es redefinida en el pensar del aprendizaje. Para nada se trata en Freud de la huella en tanto creadora, sino del placer engendrado por el funcionamiento de esas *facilitaciones*. (...) la *facilitación* no es en lo más mínimo un efecto mecánico, es invocada como placer de la *facilidad* y será retomada como placer de la repetición⁵¹.

Lo que insiste y se repite es el síntoma, ya que tiene algo que decir y pide en silencio ser escuchado: de esta manera, la repetición se muestra como un hecho de estructura del aparato

⁴⁹ SIGMUND FREUD, «Los que fracasan cuando al triunfar» en *Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica*, O.C. III.

⁵⁰ ÍDEM.

⁵¹ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 7: La ética del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1988, pp. 268-269.

psíquico que evidencia la paradoja del *goce*. Este es otro de los descubrimientos freudianos que pone en entredicho la filosofía de la razón: el concepto de inconsciente produce una ruptura en el seno mismo de la filosofía, ya que a partir de su descubrimiento no se puede considerar el pensamiento puro desligado del afecto y la pulsión. La pulsión de muerte no podrá encontrarse en una red neuronal, pero sus efectos evidenciados en las contradicciones de los actos humanos dan cuenta de ella. Como señalaba Foucault, «En el psicoanálisis no se trata de psicología, sino precisamente de la sinrazón que la psicología moderna ha tenido el sentido de enmascarar»⁵². Por tanto, el psicoanálisis no comporta ninguna exégesis ni una técnica de desciframiento como se lo ha entendido habitualmente, ni una terapia del consuelo ni el consejo, aunque la sola acogida de la palabra del analizante, por parte del analista y, en su función, del acompañante terapéutico, puede actuar como contenedora de la angustia.

Un paciente en análisis da cuenta de su propia interpretación de la *realidad* de su vida cotidiana como testigo privilegiado de la misma, ya que ha sido él quien ha construido esa *realidad*; el analista devuelve esa interpretación, que no una explicación, para que el analizante prosiga con su relato; en ese sentido el objeto mismo del análisis es que éste prosiga, de este modo la *interpretación* es un decir a medias e incluso un silencio, para que sea el analizante quien pueda construir un discurso que lo desprende de aquellos anclajes que lo sujetan a una existencia no deseada. La interpretación del analista, en lugar de apuntar a un único significado, debe posibilitar abrir un espectro de diferentes significados, considerando que el paciente, incluso cuando señala estar confuso y no saber qué le pasa, le atribuye un sentido y propone una explicación de su malestar. Atribuir a los síntomas del paciente un único sentido y significado equivale a fijar al sujeto a una patología, referenciándolo de este modo a un supuesto lugar de normalización según las creencias de normalidad que tenga el propio analista, el cual se convertiría, por consiguiente, en una suerte de agente «educador» social. El analizante va a la consulta a buscar un «por qué» está en determinado estado, y si el analista «cae» en esa demanda termina siendo un consejero espiritual, respondiendo a cada uno de los interrogantes que plantea el paciente como si conociera las respuestas, cayendo en un círculo de preguntas y respuestas en un nivel de superficie de la razón, sin poner a trabajar el *inconsciente*, el del analizante y el del propio analista. A este respecto, considero oportuno mencionar una reflexión de Lacan acerca de las «resistencias» con las que el paciente se enfrenta en su tratamiento. La mayor resistencia —afirma sin ambages el psicoanalista francés— está del lado del analista:

⁵² MICHEL FOUCAULT, *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1999, pp. 130-131.

Resistencia hay una sola: la resistencia del analista. El analista resiste cuando no comprende lo que tiene delante. No comprende lo que tiene delante cuando cree que interpretar es mostrarle al sujeto que lo que desea es tal objeto sexual. Se equivoca. Lo que imagina que es aquí objetivo, sólo es una pura y simple abstracción. Es él quien está en estado de inercia y de resistencia.

Por el contrario, de lo que se trata es de enseñarle al sujeto a nombrar, a articular, a permitir la existencia de ese deseo que, literalmente, está más acá de la existencia, y por eso insiste. Si el deseo no osa decir su nombre, es porque el sujeto todavía no ha hecho surgir ese nombre.

Pueden apreciar que la acción eficaz del análisis consiste en que el sujeto llegue a reconocer y a nombrar su deseo. Pero no se trata de reconocer algo que estaría allí, totalmente dado, listo para ser coaptado. Al nombrarlo, el sujeto crea, hace surgir, una nueva presencia en el mundo. Introduce la presencia como tal, y, al mismo tiempo, cava la ausencia como tal. Únicamente en este nivel es concebible la acción de la interpretación⁵³.

Esa resistencia del analista y, en su caso, del acompañante terapéutico, sólo puede resolverse en su propio análisis personal, junto a la supervisión de casos y a la propia formación, condiciones inexorables para ejercer dichos oficios. Ya Freud advirtió, en relación a las resistencias del paciente, que de por sí forman parte del trabajo analítico y hay que contar con ellas sin agregar las propias del analista, a lo que añadió en relación a los supuestos éxitos terapéuticos: «no creo que éstos puedan competir con los de Lourdes. Son muchos más los hombres que creen en los milagros de la Virgen que los que creen en la existencia del inconsciente»⁵⁴. Por tanto, la ambigüedad y oscuridad aparente de una interpretación no es falta de compromiso del analista en el espacio analítico si cumple las premisas anteriores, colocándose así en una posición de *docta ignorancia*, la única posición ética para evitar «dirigir» la vida del analizante.

5. UN CONCEPTO LÍMITE: LA PULSIÓN

El concepto psicoanalítico de *pulsión* está en el centro de la teoría de la sexualidad freudiana y es considerado por Lacan como uno de los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, junto al de *repetición*, *inconsciente* y *transferencia*. El rasgo distintivo de la sexualidad humana, a diferencia de los demás animales, radica en que no está regida por ningún instinto, esto es, no tiene relación innata con ningún objeto fijo, como se observa por

⁵³ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica analítica*, Paidós, Buenos Aires, 1983, p. 342.

⁵⁴ SIGMUND FREUD, «Lección XXXIV. Aclaraciones, explicaciones y observaciones» en «Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 3188.

ejemplo en el fetichismo. El psicoanálisis viene a decir que la elección de objeto es una construcción y que la pulsión se sustrae a la biología, nunca puede ser satisfecha y no apunta a un objeto sino que en todo caso lo bordea, por tanto la meta de la pulsión no es un destino final sino el camino mismo.

Si consideramos la vida anímica desde el punto de vista biológico, se nos muestra el “instinto” [pulsión] como un concepto límite entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos procedentes del interior del cuerpo, que arriban al alma, y como una magnitud de la exigencia de trabajo impuesta a lo anímico a consecuencia de su conexión con lo somático⁵⁵.

Con el concepto de pulsión Freud propone definir la carga energética que está en la fuente de la actividad motriz del organismo y del funcionamiento psíquico del inconsciente del hombre. El término alemán *Trieb* (pulsión) remite a la idea de un empuje independiente de la orientación y de la meta. La noción de pulsión estaba ya presente en las concepciones de la enfermedad mental y su tratamiento, citada por médicos representantes de la psiquiatría alemana del siglo XIX, preocupados ya en ese entonces, lo mismo que sus colegas ingleses y franceses, por la cuestión de la sexualidad. El psiquiatra alemán Karl Wilhelm Ideler —1795-1860— señaló el papel central de las pulsiones sexuales y su importancia en la vida emocional de los sujetos, planteando que las «pasiones exuberantes» no cumplidas pueden ser una fuente de perturbación mental⁵⁶. Por su parte Nietzsche entendía el espíritu humano como un sistema de pulsiones que podían entrar en colisión o fundirse unas con otras, y atribuía un rol esencial a las sexuales, distinguidas de las agresivas y las de autodestrucción.

Freud sustrae la pulsión sexual del campo de la «sexología», ya que no se reduce por definición a las actividades sexuales habitualmente catalogadas con sus metas y sus objetos, sino que es un empuje al que la libido provee de energía. Dentro de la primera teoría de las pulsiones, que reconoce como «nuestra mitología», Freud contrapone las pulsiones sexuales a las de autoconservación del *yo* cuyo prototipo es el hambre. Posteriormente, en *Más allá del principio del placer*, introduce la noción de pulsiones de muerte, que tienden a la reducción completa de las tensiones, opuestas por tanto a las pulsiones de vida. Las pulsiones de muerte se dirigen primariamente al interior, esto es, a la autodestrucción, y secundariamente al exterior, en forma de pulsiones agresivas o destructivas. El complejo concepto de pulsión es central en la teoría freudiana y ha sido sometido, como tantos otros de dicha teoría, a

⁵⁵ SIGMUND FREUD, *Las pulsiones y sus destinos*, O.C., p. 2041.

⁵⁶ KARL JASPERS, *Psicopatología general*, Fondo de Cultura Económica, México, 1993, p. 931.

innumerables malentendidos y desvíos. Una cualidad esencial de la pulsión es su *perentoriedad* —*Drang*— representada por una exigencia, un empuje y una indeterminada cantidad de trabajo. Así mismo, posee un *fin* —*Ziel*—, aunque como se observa en la clínica ese fin puede ser coartado, inhibido o desviado por el propio sujeto, caminos éstos que conllevan una satisfacción paradójica y parcial en el psiquismo del sujeto, como veremos en el apartado que tratará sobre las diferentes neurosis. También la pulsión posee un *objeto* —*Objekt*— por medio del cual puede alcanzar su satisfacción; pero a diferencia del instinto de un animal, en las pulsiones humanas no hay correspondencia con un objeto único de satisfacción para cada necesidad: el objeto es contingente y variable, no es necesariamente algo exterior al sujeto, sino que puede ser una parte cualquiera de su propio cuerpo o puede ser sustituido por otro objeto ajeno a un fin lógico, como se observa en el fetichismo, es decir, la pulsión se puede desplazar de un objeto a otro indefinidamente o quedarse fijada sin remedio ni posibilidad de sustitución como en la neurosis obsesiva o en la melancolía.

Otro elemento característico de la pulsión es la *fente* de la misma —*Quelle*—, entendiéndose como el proceso somático que se desarrolla en un órgano o parte del cuerpo, ignorándose, señala Freud, si este proceso es de naturaleza biológica o de otro orden: es el momento somático de la excitación de una parte o zona del cuerpo representada en el psiquismo por la propia pulsión. Lacan hizo referencia a cuatro tipos de pulsiones parciales, en función de las fuentes de las mismas, a saber, la pulsión *oral*, la *anal*, la *escópica* y la *invocante*. Entre ellas, la pulsión escópica tiene su fuente en la mirada; la invocante, es la pulsión relacionada con la voz y la escucha, siendo a través de ésta última, señala Lacan, por la que llega principalmente el deseo del Otro, esto es, mediante el soporte de la voz.

Las pulsiones sexuales pueden tener cuatro posibles destinos, según el modo en que el psiquismo se «defienda» de ellas:

- La *transformación en lo contrario*: esto es, por un lado, la inversión de una pulsión desde la *actividad* a la *pasividad*, proceso deducible de las oposiciones sadismo/masoquismo y voyeurismo/exhibicionismo y por otro, la *inversión de contenido*, como se observa en la transformación del amor en odio; procesos ambos enigmáticos en la vida de un sujeto, pero constatables en la clínica y en la vida cotidiana, como por ejemplo en los estados melancólicos o de destrucción individual o social.

- La *orientación hacia la propia persona*: el análisis de la vuelta de la pulsión sobre la propia persona le permite a Freud plantear la relación entre el sadismo y el masoquismo, siendo éste un sadismo dirigido contra el propio yo. Problemática que en 1924 Freud ampliará en un trabajo titulado *El problema económico del masoquismo*.
- La *represión*: a través de este proceso psíquico el sujeto intenta rechazar o mantener alejadas de la conciencia representaciones molestas y perturbadoras, sean éstas pensamientos o imágenes, ligadas a una pulsión. La represión es un proceso fundante del psiquismo, por tanto fundamental, aunque en ocasiones tenga efectos devastadores para el sujeto, como se observa en las diversas neurosis. Freud afirmaría que «(...) la teoría de la represión es la piedra angular sobre la que reposa todo el edificio del psicoanálisis»⁵⁷.
- La *sublimación*: proceso por el cual la pulsión es desviada de su fin originario hacia otro no sexual, como ocurre por ejemplo en la creación artística en todas sus manifestaciones o en el trabajo intelectual o artesanal.

En 1920, con la publicación de *Más allá del principio de placer*, Freud formuló un nuevo dualismo pulsional en el que oponía *pulsiones de vida y pulsiones de muerte*: la repercusión iba a ser inmensa, tanto por sus efectos sobre el pensamiento filosófico del siglo XX, como por las polémicas y rechazos que esta tesis suscitaría en el seno mismo del movimiento psicoanalítico. La particularidad de esta nueva construcción conceptual reside en su carácter especulativo, a menudo denunciado como una debilidad grave por sus propios colegas y adversarios. Las manifestaciones en las que desemboca la compulsión de repetición ilustran la naturaleza de las pulsiones de muerte. De origen inconsciente, y por lo tanto difícilmente controlable, esa compulsión lleva al sujeto a situarse de manera repetitiva en situaciones dolorosas, réplicas de experiencias antiguas. Aunque en este proceso parece existir siempre alguna huella de satisfacción libidinal —lo que contribuye a hacerlo difícilmente observable en estado puro—, que respondería al llamado *principio del placer*, éste por sí solo no bastaría para explicar dichos procesos compulsivos. La compulsión a la repetición presenta un carácter «demoníaco», que Freud compara con la tendencia a la agresión identificada por Adler⁵⁸ en

⁵⁷ SIGMUND FREUD, «Historia del movimiento psicoanalítico», *O.C.*, p. 1900.

⁵⁸ ALFRED ADLER (1870-1937) fue un médico y psicólogo austriaco, que fundó la que dio en llamar «psicología individual». Inicialmente fue discípulo de Sigmund Freud pero se apartó tempranamente de él al divergir sobre distintos puntos de la teoría psicoanalítica. Suyos son los conceptos de complejo de inferioridad y superioridad, productos, según Adler, de conflicto entre la situación real del individuo y sus aspiraciones, que Freud consideró

1908, y que relaciona también con la tendencia destructiva y autodestructiva que éste había advertido en sus estudios sobre el masoquismo.

Estas observaciones, junto con la constatación de que la vida es precedida por un estado de no-vida, condujeron a Freud a la hipótesis de que existe una pulsión cuya finalidad es llevar lo vivo a un estado inorgánico. En «Angustia y vida pulsional», trabajo incluido en las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* de 1933, Freud resalta que la pulsión de muerte no puede estar ausente de ningún proceso vital: las pulsiones en las que «nosotros creemos se separan en dos grupos, las eróticas, que quieren acumular cada vez más sustancia viva en unidades cada vez mayores, y los instintos [pulsiones] de muerte, que se oponen a esta tendencia y retrotraen lo vivo al estado inorgánico»⁵⁹. Las críticas y el rechazo que la teoría de las pulsiones recibe, por su imposibilidad de ser constatada empíricamente, teoría que el propio Freud reconoce como la «mitología»⁶⁰ del psicoanálisis, son consideradas por éste como inconsistentes, puesto que las resistencias terapéuticas que presentan las pacientes en su mejoría o curación, la culpa neurótica y las diferentes aristas que presenta el fenómeno del masoquismo, entre otros hechos constatados en la clínica terapéutica, corroboran dicha teoría. Más adelante, cuando abordemos la problemática de la depresión y la melancolía, ampliaremos la *metapsicología*⁶¹ de las pulsiones.

En «Análisis terminable e interminable» Freud refiere a Empédocles como un precursor de su teoría de las dos pulsiones contrapuestas: el *amor* y la *discordia*, en concordancia con las pulsiones de *vida* y las de *muerte*⁶²:

insuficientes y pobres conceptualmente: «Trátase de un homosexual o de un necrófilo, de un histérico angustiado, de un neurótico obsesivo o de un demente furioso, el Psicólogo Individual de la escuela de Adler indicará como motivo principal de su estado el deseo de hacerse valer, de sobrecompensar su inferioridad (...) Algo muy semejante oíamos los estudiantes de mi tiempo cuando se presentaba en la clínica un caso de histeria. Los histéricos producen sus síntomas para hacerse interesantes, para atraer la atención sobre ellos. ¡Cómo retornan una y otra vez las viejas ideas!»; véase «Lección XXXIV. Aclaraciones, aplicaciones y observaciones» en «Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 3181.

⁵⁹ SIGMUND FREUD, «Lección XXXII. La angustia y la vida instintiva» en «Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 3161.

⁶⁰ IBÍDEM, p. 3154.

⁶¹ Con el término *metapsicología* Freud denominó al conjunto de hipótesis necesarias para dar cuenta del modelo de funcionamiento del aparato psíquico: la existencia del inconsciente, la teoría de la represión y la teoría de las pulsiones. De este modo este término distingue definitivamente la teoría psicoanalítica de la psicología clásica. En la carta dirigida a Fliess, de 13 de febrero de 1896, aparece por primera vez el término; posteriormente el 10 de marzo de 1898, en una nueva carta a Fliess le interroga: «(...) te pregunto seriamente, por la misma causa, si puedo utilizar el nombre de metapsicología para mi psicología, que conduce a lo que está más acá de la conciencia». Los textos que se agruparon en forma de libro único y que se consideran el cuerpo teórico de la metapsicología freudiana son: «Pulsiones y destinos de la pulsión», «La represión», «Lo inconsciente», «Complemento metapsicológico a la teoría de los sueños» y «Duelo y melancolía». La metapsicología produce de este modo una ruptura con el resto de las ciencias del hombre, ya sea la psicología, la filosofía, la psiquiatría, pero no rompe el diálogo con ellas, en todo caso se afirma en un lugar propio que le permite mantener un encuentro con estas ciencias con cuerpo científico y epistemológico propios.

⁶² SIGMUND FREUD, «Análisis terminable e interminable», *O.C.*, p. 3359-60.

Una vez, una sola cosa creció a partir de muchas, y, otra vez, se separó para ser muchas a partir de una. Doble es la generación de los seres mortales, y doble su destrucción. (...) unas veces, confluyendo todos en uno por medio del Amor, y, otras veces, separándose cada uno por el odio de la Discordia⁶³.

Empédocles consideraba que dos fuerzas regían la vida en el universo, una tiende a aglomerar las partículas primarias de los cuatro elementos, tierra, aire, fuego y agua en una unidad y la otra busca disolver y separar dichos elementos.

Los dos principios fundamentales de Empédocles —*Philótes* y *Neikós*⁶⁴— son en cuanto al hombre y a la función los mismos que nuestros dos instintos primigenios, el Eros y la tendencia a la destrucción, el primero de los cuales se dirige a combinar lo que existe en unidades cada vez mayores, mientras que el segundo aspira a disolver esas combinaciones y a destruir las estructuras a las que han dado lugar⁶⁵.

6. LA SEXUALIDAD EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Podemos considerar que después de realizar una lectura atenta del *Banquete* de Platón, Freud es el primero que plantea formalmente la distinción entre *sexualidad* y *sexo* destacando que la sexualidad no está donde creemos que está, ya que la sexualidad está siempre de alguna manera en ausencia, no es observable ni visible, ni se reduce a una localización orgánica:

(...) ya el filósofo *Schopenhauer* había señalado con palabras de inolvidable vigor la incomparable importancia de la vida sexual; por otra parte, lo que el psicoanálisis denominó «sexualidad» de ningún modo coincidía con el impulso a la unión de los sexos o a la provocación de sensaciones placenteras en los órganos genitales, sino más bien con el *Eros* del *Symposion* platónico, fuerza ubicua y fuente de toda vida⁶⁶.

Partiendo de la reflexión freudiana, De Brasi plantea algunas consideraciones sobre la distinción entre *sexualidad* y *sexo*:

⁶³ WILLIAM KEITH CHAMBERS GUTHRIE, *Historia de la filosofía griega*, vol. II, *La tradición presocrática desde Parménides a Demócrito*, Gredos, Madrid, 2002, p. 164.

⁶⁴ PEDRO LAÍN ENTRALGO, *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, Anthropos, Barcelona, 1987, n. 71, p. 84.

⁶⁵ SIGMUND FREUD, «Análisis terminable e interminable», *O.C.* p. 3360.

⁶⁶ ÍDEM, «Las resistencias contra el psicoanálisis», *O.C.*, p. 2804.

- La sexualidad no soporta ninguna técnica que pueda dar cuenta de ella bajo la promesa del encuentro con la plena satisfacción sexual que las pulsiones han dispuesto desde el comienzo como imposible. Las operaciones psicoterapéuticas de *autoayuda*, cuya meta es la creación de baluartes narcisistas, cosifican el sexo como territorio de exploración, manipulación y explotación de las zonas genitales, reduciendo las zonas erógenas a las zonas genitales. La sexualidad, por el contrario, tal como se entrelaza en el tramado pulsional, es la evitación de la plenitud.
- Cualquier técnica «sexológica» es en cierto modo una *simulación*, debido a la confusión entre sexo y sexualidad que la rige desde el comienzo. Entre la amplia gama de recursos técnicos, que proponen solventar la imposibilidad de la satisfacción pulsional, encontramos desde métodos de registros, consejos sexuales, protocolos de cómo hay que actuar a la hora del encuentro con otro cuerpo, ejercicios físicos, posturales, artefactos a neurofármacos diversos: «Donde el sexo se hace ostensible, a través de procedimientos calculables la sexualidad se recluye en moradas incalculables, fuera de las representaciones habituales y de sus estrategias de captura»⁶⁷.
- El sexo localizado, manoseado, mal hablado, taponar los laberintos de la sexualidad, sustituyendo el *ars erótica* por una *scientia sexualis*⁶⁸, disociándola de la dimensión exclusivamente humana del lenguaje, la palabra, para someterla a la dictadura de la fisiología y la neuroanatomía: el sexo de la imagen y la soberanía del cuerpo reprime la sexualidad justamente allí donde simula mostrarse.

Sabemos de una *política sobre el sexo* que con sus procedimientos, técnicas y consejos apunta a los cuerpos en su afán de modelarlos y dominarlos, como ninguna política de control social la había desplegado hasta el momento —como ejemplo, las políticas «sanitarias» para el control de la gripe A, el virus del papiloma humano, la farmacología impulsada por el Ministerio de Sanidad para la eyaculación precoz⁶⁹, etc.—. La industria cosmética, la cirugía

⁶⁷ JUAN CARLOS DE BRASI; EMILIO GONZÁLEZ MARTÍNEZ, *La sexualidad y el poder desde el psicoanálisis (I)*, EPBCN, Barcelona, 2003, pp. 29-31.

⁶⁸ MICHEL FOUCAULT, *Historia de la sexualidad*, vol. 1, *La voluntad de saber*, Siglo XXI, Buenos Aires, 202, p. 73.

⁶⁹ Un ejemplo de la intromisión por parte de las instituciones en la sexualidad de los sujetos, lo tenemos en esta nota de prensa sobre la «eyaculación precoz en España», que dice: «Cuatro de cada diez hombres han sufrido eyaculación precoz en algún momento de su vida, según muestran los resultados del Estudio Demográfico Español sobre Eyaculación Precoz (DEEP), realizado en 1.000 hombres de entre 18 y 59 años, y que ha sido elaborado por la Asociación Española de Andrología (ASESA), con la colaboración de Janssen-Cilag (...) El mismo estudio revela que el 55% de ellos lo considera el problema sexual más importante por encima de otros como la disfunción eréctil». En dicho artículo se señala que: «... la eyaculación precoz (...) es un problema muy frecuente y que, junto con la disfunción eréctil es el trastorno sexual que más afecta al varón (...) genera

plástica, las empresas farmacéuticas, tienen a los estados atrapados y éstos, a través de sus políticas de mera gestión, ceden a las presiones de estos sectores que a su vez generan un mercado de la «enfermedad» y el «pánico».

Una de las más evidentes injusticias sociales es la de que el *standard* cultural exija de todas las personas la misma conducta sexual, que, fácil de observar para aquellos cuya constitución se lo permite, impone a otros los más graves sacrificios psíquicos. Aunque claro está que esta injusticia queda eludida en la mayor parte de los casos por la transgresión de los preceptos morales⁷⁰.

La publicación de los *Tres ensayos para una teoría sexual* provocó un escándalo en la Viena victoriana con su tesis y planteamientos respecto a la problemática de la sexualidad humana. Hasta ese momento los psiquiatras de la época estudiaban o mejor dicho clasificaban toda una serie de conductas que consideraban patológicas —sadismo, masoquismo, filias, etc.—, pero partiendo de la existencia de un instinto sexual genéticamente adquirido y estereotipado a modo de un patrón de conducta animal heredado. Freud vino a romper esta idea, hasta ese momento incuestionable, reservando el término *instinto* para referirse al comportamiento animal que tiene un objeto prefijado y una finalidad precisos, es decir, satisfacer una necesidad biológica como el hambre, la sed, la reproducción natural de la especie. En el ser humano, en cambio, las cosas son diferentes: si mi pareja me pide un vaso de agua por la noche ¿me está demandando sólo agua o algo más?, si le llevo el agua en un vaso de plástico y me pide que sea en un vaso de cristal, ¿cuál es la demanda que está en juego? Diríamos que está en juego una demanda de otro orden, no de la necesidad fisiológica, sino de amor, de amor y reconocimiento, empujada por una pulsión —libido— sobredeterminada por un deseo —inconsciente—, articulada con el lenguaje. El sujeto se pregunta por el deseo del otro, deseo que siempre será enigmático para aquél: «¿Che vuoi?»,

ansiedad, preocupación. Lo que lo psicólogos llaman ansiedad de ejecución, es decir el miedo al que se enfrenta un varón cuando se expone a una relación sexual que empeora la situación. El estrés fundamentalmente y la falta de tiempo son los principales causantes de la eyaculación precoz y por lo tanto de una mala relación sexual». Curiosamente, después de generarse esta alarma, dicho laboratorio pone a la venta el fármaco que considera como el único eficaz para «curar» esta «patología», el denominado Piligry®, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina que no es necesario tomar de forma continuada para solucionar la eyaculación precoz, *sino tomarlo entre una y tres horas antes de mantener la relación sexual*. Este laboratorio, recordemos, también participó en los estudios previos de la anunciada «pandemia» de la gripe A fabricando las «oportunas» vacunas ante la alarma creada por los ministerios y organismos sanitarios mundiales con la autorización de los correspondientes gobiernos, gobiernos que, después de haberlas adquirido rápidamente, ahora las guardan en sus almacenes.

Fuentes: http://www.aegastro.es/aeg/ctl_servlet?_f=7&pidet=8729; <http://www.abc.es/20091215/sociedad-salud/200912151326.html>; <http://www.psiquiatria.com/noticias/laboratorios/janssen-cilag/47628/>

⁷⁰ SIGMUND FREUD, «La moral sexual «cultural» y la nerviosidad moderna», *O.C.*, p. 1255.

«¿qué quieres?», expresión que Lacan toma de la novela de Jacques Cazotte, *El diablo enamorado*, al interpelar por el deseo del otro, el sujeto se pone en la senda de la pregunta por el propio deseo: «te deseo, aunque no lo sepa»⁷¹.

Hasta el momento en que Freud plantea la existencia de la sexualidad infantil, lo que escandalizó al ámbito académico y conmovió los cimientos de la cultura en occidente, se suponía que la sexualidad humana emergía en la pubertad y se la consideraba vinculada exclusivamente a la genitalidad.

Pretender que los niños no tienen vida sexual (excitaciones sexuales, necesidades sexuales y una especie de satisfacción sexual) y que esta vida despierta en ellos bruscamente a la edad de doce a catorce años, es, en primer lugar, cerrar los ojos ante evidentiísimas realidades y, además, algo tan inverosímil y hasta disparatado, desde el punto de vista biológico, como lo sería afirmar que nacemos sin órganos genitales y carecemos de ellos hasta la pubertad⁷².

Freud fue el primero en demostrar que la sexualidad humana escapa a la genitalidad, que sexualidad y genitalidad no son equiparables. Así mismo, hubo una lectura errónea de la teoría de la sexualidad y el origen de las neurosis, intencional o no, que desembocó en la creencia de que la liberación de las pulsiones libidinales no satisfechas, más allá de los límites establecidos por la cultura, sería el modo de resolver las afecciones neuróticas —pensemos en la llamada «revolución sexual» de los sesenta o el *destape* como modelo de liberación—. En ese sentido el concepto de *represión* —psíquica— no es pensado por el psicoanálisis como un defecto ni un obstáculo, sino como un mecanismo que posibilita la constitución del psiquismo humano: el tormentoso reservorio pulsional sin límites desemboca en la imposibilidad de convivencia y de construcción de vínculos o en la psicosis. Por supuesto que Freud no duda de la participación de lo biológico en la sexualidad, pero contempla que al haber lenguaje hay significación y de este modo la necesidad biológica está tocada inevitablemente por él. La sexualidad humana desborda de este modo la genitalidad, ya que no se reduce al contacto de los órganos genitales, prueba de ello es que las perversiones son exclusivamente humanas, mientras que el reino animal desconoce este fenómeno: el animal no mata por placer, ni viola; en el ser humano esto sí puede ocurrir y ocurre. El descubrimiento freudiano consiste en que la sexualidad está en todo, pero que no todo es sexual —como en cambio rezaba la principal crítica al psicoanálisis, tildado vanamente de «pansexualismo»—; la sexualidad está en el

⁷¹ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 10: La angustia*, Paidós, Buenos Aires, 2006, p. 37.

⁷² SIGMUND FREUD, «Lección XX. La vida sexual humana» en «Lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 2316.

nudo de los malestares psíquicos y sufrimientos cotidianos: en las neurosis, en las psicosis, en las perversiones, así como en las producciones culturales y sociales del hombre. Y sin embargo no hay que olvidar que aun siendo la «moral sexual y cultural» y sus prejuicios un elemento capital en la producción de malestares psíquicos, la llamada «libertad sexual» como práctica no es garantizadora de bienestar psíquico.

La problemática de la sexualidad, asimilada a la del sexo, ha sido promovida por los discursos institucionales con la vana pretensión de instituir un saber sobre la misma. La hipocresía de la moral burguesa, desenmascarada por Freud, aún sigue dominando la sociedad actual, donde emerge un sexo «a la carta», donde parecería que ya no quedan límites por transgredir, imponiendo la necesidad de inventar otros nuevos, convirtiendo de este modo los cuerpos en una mercancía más.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

(...) la Psiquiatría clínica prescinde de la forma aparente y del contenido de los síntomas, mientras que, en cambio, el psicoanálisis dedica atención principal a ambos elementos, y ha sido de este modo el primero en establecer que todo síntoma posee un sentido que se halla estrechamente enlazado a la vida psíquica del enfermo.

Sigmund Freud, *El sentido de los síntomas*

Ninguna época se deja relegar por el poder de una negación, la negación sólo elimina al negador.

Martin Heidegger, *La época de la imagen del mundo*

1. LA MIRADA DIAGNÓSTICA

Síntomas similares poseen un sentido propio y una íntima relación con la vida de los sujetos en los que emergen, por tanto no habrá correlación entre un síntoma y una identificación diagnóstica fija. En base a esto, la problemática y concepción del síntoma lleva a formularnos una serie de interrogaciones, entre ellas ¿qué lugar se le *ofrece* al síntoma en un trabajo clínico?, ¿qué *representa* el síntoma para el sujeto que lo sufre?, ¿cómo conciben el síntoma los diversos enfoques clínicos y sus programas de intervención y tratamiento?, ¿en qué momento comienza a ser molesto para el sujeto que lo padece, puesto que éste en general convivió con su síntoma largo tiempo e incluso en un momento recibió de él algún beneficio, como por ejemplo excusarse de afrontar ciertas responsabilidades y exigencias de la vida cotidiana?

Ante la presencia de un malestar, el sujeto recurre por lo general al médico, al psiquiatra o al psicólogo en el caso de que atribuya a aquél un origen psíquico. La posición médica observará al síntoma como un signo visible que remitirá, en el mejor de los casos, a una causa, como por ejemplo una conducta aprendida, que es preciso reeducar o modificar. En la mayoría de los casos, ya que el paciente demandará rápida solución a su malestar, esto es, erradicarlo sin implicación ni trabajo por su parte, el clínico prescribirá el fármaco que corresponda a los signos que observa considerando de este modo que la «causa» del síntoma reside en una descompensación neurobiológica⁷³ lo cual alimentará la vana ilusión en el paciente de que el fármaco actuará por él. Reducir de este modo el síntoma que presenta un paciente a un signo, implica realizar una descripción fenomenológica de su estado

⁷³ Como ilustra Michel Balint, cuando afirma que cuando un médico receta se receta a sí mismo, en *El médico, su paciente y la enfermedad*, Libros básicos, Buenos Aires, 1961.

asignándole un rótulo, esto es, un diagnóstico. En ocasiones esto se traduce, en ciertas prácticas psicoterapéuticas, a la aplicación directa de un tratamiento de orden moral sin pasar por una reflexión de segundo orden sobre la cuestión, esto es, a una reflexión ética de la práctica clínica. Es habitual en los centros asistenciales recurrir a la aplicación salvaje de protocolos de intervención basados en supuestos preceptos científicos en algunos casos y morales en otros, como se observa en la condena del consumo de sustancias tóxicas atribuyéndoles a éstas un mal implícito, más allá de la posición particular del sujeto ante su acto de consumo tóxico.

Para el psicoanálisis el síntoma es una transacción, una formación de compromiso entre lo reprimido que intenta emerger y las exigencias defensivas, es decir, el síntoma es la forma que adopta lo reprimido para ser admitido en lo consciente y que puede llevar al sujeto a un atolladero. El síntoma que un sujeto padece es la respuesta que ha encontrado a una pregunta que tampoco ha podido formular. Poco importa un síntoma aislado, mudo, ni mucho menos pretender erradicarlo, sin antes invitar al sujeto a interrogarse sobre su malestar para que pueda esbozar al menos una teoría rudimentaria sobre el mismo. Considerar el síntoma como un anudamiento significativo que dice mucho más de lo que aparentemente dice, es no hacerlo equivalente a una estructura: por ejemplo, no comer y estar delgado no significa ser «anoréxico», sino que remite a interrogar por el deseo inconsciente que subyace en ese sujeto, a la posición que ocupa en sus vínculos con el mundo, esto es, al fantasma⁷⁴ que lo rige y no sólo respecto a la comida.

Para la medicina el síntoma es un signo «visible» con una causa que lo origina, para el psicoanálisis, en cambio, será un mensaje cifrado con valor de verdad que el sujeto, a través de un trabajo analítico, deberá intentar descifrar o poner en palabras para desmontarlo. El síntoma manifiesto es señal que alerta de que algo no funciona, es la expresión de una verdad desconocida. El trabajo analítico pretende crear las condiciones de posibilidad que lleven al sujeto a *crear* en su síntoma, a creer que éste tiene algo que decirle y que no vale con erradicarlo sin más.

⁷⁴ La realidad es una construcción discursiva, un guión que el propio sujeto escribe inconscientemente y actúa repetitivamente, y lo sostiene en su modo de existencia pese al malestar que le ocasiona. El *fantasma*, de alguna manera, representa el deseo inconsciente del sujeto; a su vez el sujeto está representado en el *fantasma* por diversos personajes que en éste se incluyen. Ciertos *fantasmas* originarios que Freud resalta en la infancia son: el de la concepción, el fantasma sobre el origen de la sexualidad y el de la diferencia de los sexos y el típico fantasma perverso relatado en el texto «Pegan a un niño. Aportación al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales», *O.C.*, p. 2465.

2. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

En el campo de la atención sanitaria que se ocupa de la llamada «salud mental» podemos encontrar un amplio espectro de técnicas y modos de intervención, tanto en el área de la asistencia pública como en el de la atención privada. En España la atención en salud mental fue regulada por una ley promulgada en 1986, que entre sus artículos contempla la reforma del sistema sanitario en el sector de la salud mental así como la implantación de nuevos recursos y dispositivos sanitarios y asistenciales, aunque con dispar desarrollo a día de hoy entre las diferentes comunidades autónomas.

Asistencia pública. En el ámbito de la salud pública, el Sistema Nacional de Salud se rige por los dispositivos e instituciones formulados en la Ley General de Sanidad y el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1986. La Ley General de Sanidad de 1986, Cap. III art. 20 «De la Salud Mental», propone la integración del enfermo mental en el sistema sanitario general, hospitalización de agudos en plantas de hospitales generales y promoción de la rehabilitación y la reinserción. El texto completo del artículo que a continuación se reproduce, plantea una serie de propuestas que aún no se han puesto en práctica plenamente:

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
CAPITULO III: De la salud mental

Artículo 20.

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

- La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
- La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
- Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

La asistencia global en los centros de salud —Atención Primaria y Unidades de Salud Mental—, requiere, tal como la propia ley promulga, la diversificación de recursos intermedios entre unidades ambulatorias e internamiento clásico.

La ley hace hincapié en que «la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización». A este respecto la falta de recursos intermedios, como dispositivos de acompañamiento y contención, fuera de los límites hospitalarios, hace imposible el cumplimiento de la segunda parte del precepto.

La ley general de la sanidad también hace referencia al desarrollo de «servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales». Estos servicios, cuando existen, son de difícil acceso para pacientes externos, quedando sólo al alcance de los pacientes en régimen de internamiento o crónicos.

A su vez la reforma contempla la implementación de:

- *CSM. Centros de Salud Mental.* Atención en régimen ambulatorio y de visita domiciliaria a las demandas asistenciales procedentes de la población de su área. Estos centros a modo de cabecera del circuito asistencial, serían puerta de entrada y salida de él. Sus funciones concretas se resumen en:
 - Atención ambulatoria interdisciplinaria (psiquiatra, psicólogo, trabajador social) a los pacientes que le son remitidos desde Atención Primaria o desde otros niveles sanitarios.
 - Seguimiento de los pacientes dados de alta de la Unidad de Hospitalización.
 - Apoyo y asesoramiento a los médicos de Atención Primaria.
 - Atención a las consultas urgentes e «intervención en crisis» durante la jornada habitual de trabajo.
 - Desarrollo de programas específicos de Salud Mental Comunitaria, con la prestación de una asistencia integral (incluye la promoción de la salud y prevención) y la selección de poblaciones diana (embarazadas, edad infanto-juvenil, ancianos) y de determinados medios (carcelario y escolar especialmente).
- *Hospital de Día.* Es una alternativa a la hospitalización en planta cerrada y tiene como misión el tratamiento en régimen ambulatorio de los pacientes que le sean remitidos desde

los CSM, como paso intermedio antes de ser dados de alta, y que permitiría mejorar los recursos y habilidades sociales de los pacientes o usuarios y una mejor adaptación a la vida comunitaria.

- *UCE. Unidad de corta estancia. Unidad de Estancia Breve. Unidad de Agudos.* Esta unidad, situada en el hospital general o en el hospital psiquiátrico, es la encargada de garantizar una hospitalización lo más breve posible y exige unos niveles de intervención técnica y terapéutica elevados. Atiende, por tanto, aquellas situaciones que no pueden ser contenidas en los dispositivos antes mencionados y el acceso a ella se efectuará desde el CSM excepto en situaciones de urgencia, en las que el ingreso será comunicado posteriormente a dicho Centro.
- *Centro de día.* Recurso ambulatorio alternativo a la rehabilitación en régimen residencial que toma a su cargo pacientes remitidos desde los CSM o las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria.
- *Unidad rehabilitadora residencial.* Residencia de media estancia situada, en principio, en los espacios del hospital psiquiátrico. Esta unidad sería la encargada de proseguir el tratamiento y la rehabilitación de aquellos pacientes que no han podido ser reinsertados socialmente tras haber recibido ayuda terapéutica intensiva. El equipo de la URR debe mantenerse en contacto con los CSM y los centros de servicios sociales de su zona para movilizar los recursos que posibiliten la rehabilitación y reinserción. A pesar de la ubicación provisional en hospitales psiquiátricos, los ingresos en éstas deben efectuarse a través de las UCE y nunca de forma directa.

La cuestión de la reforma psiquiátrica presenta algunas sombras entre las cuales podemos citar:

- La falta de definición clara de las prestaciones y el reparto de funciones entre la atención especializada en «salud mental» y la atención primaria.
- La confusión en la delimitación de las competencias, definición de roles y el lugar de la coordinación de los equipos interdisciplinarios.
- La presión de la industria farmacéutica y las políticas sanitarias que la acogen.
- La insuficiencia de los planes y programas de formación de los trabajadores sanitarios y su acreditación.

- La falta de supervisión clínica de los servicios y centros de atención.
- La falta de recursos intermedios de acompañamiento y contención externos.

Se puede decir en relación a la reforma que aún no se han implementado las propuestas legisladas. Gran parte de la psiquiatría institucional continúa dedicándose a una práctica de prescripción de psicofármacos o a una certificación de la eficacia de éstos, así como a la elaboración de memorias e informes anuales estadísticos de la población atendida por tipologías, epidemiológicos, etc.

La ley general de la sanidad y su reforma propone un modelo de atención centrado en lo comunitario, con la necesaria coordinación entre los centros de salud mental y los centros de servicios sociales. Así mismo promulga la creación de recursos y programas de rehabilitación psicosocial. Dichos recursos, que en las áreas donde están implementados por lo general están gestionados por empresas privadas que no garantizan la adecuada formación de quienes desempeñan dichas labores, son escasos y están por tanto desbordados y no llegan a cubrir ese enorme colectivo de pacientes que se encuentran en su domicilio, sin más apoyo que el que pueda darle su familia, apoyo suplantado en el mejor de los casos por el movimiento asociativo voluntario y asistencialista, que intenta de alguna manera mitigar la «carga familiar» en el «cuidado» del paciente. Sabemos también de familias que recurren a la contratación de empresas privadas que prestan servicios de atención a domicilio con trabajadores que limitan su servicio, necesario indudablemente pero insuficiente, a trasladar al paciente a un parque, a un centro de ocio, etc.

La atención sanitaria en salud mental está sumergida en la difusión de psicotrópicos, lo que conlleva reintroducir la psiquiatría en el marco de la medicina general y a su vez al ámbito de la epidemiología al recurrir a diagnósticos genéricos como por el ejemplo el *trastorno de personalidad no especificado*. De esta manera la atención sanitaria institucional en salud mental no contempla el caso por caso, sino que promueve la generalización de los tratamientos, dando un excesivo espacio a la neurobiología y en ocasiones a la psiconeurocirugía, prácticas que pretenden reducir todos los trastornos psíquicos a una anomalía del funcionamiento neuronal para el que existiría el psicofármaco indicado más allá del recorrido que cada sujeto tuvo que hacer para llegar a manifestar una problemática psíquica. Es práctica común prescribir tratamientos farmacológicos para toda la vida en base a una supuesta cronicidad de las enfermedades mentales, convirtiendo de este modo al paciente en un mero receptor de psicofármacos.

Si se siguen los preceptos de atención que la propia reforma psiquiátrica propuso, se observa la necesidad de trabajar e implantar dispositivos intermedios en los espacios que van desde el domicilio a la consulta psiquiátrica, al ingreso hospitalario, a las sesiones psicoterapéuticas y a los lugares cotidianos de circulación del paciente. En este sentido el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico, que surge de las propuestas de la psiquiatría comunitaria y de los modelos interaccionales e interdisciplinarios de atención en salud mental, está pensado y diseñado para trabajar y construir dichos espacios que actualmente no están cubiertos por la figura y la presencia de un profesional. La implementación del Acompañamiento Terapéutico dentro de un tratamiento posibilita considerar y observar la interacción del paciente en sus diferentes contextos y situaciones, sin necesidad de partir de una evaluación fenomenológica, parcial y sesgada.

Para aquellos casos tan habituales donde el farmacológico es el tratamiento de elección, descartando de este modo cualquier otro camino, es pertinente recordar una frase de Jean Delay, principal representante en Francia de la psiquiatría biológica que consideró la enfermedad mental desde una perspectiva orgánica, que en 1956 dijo: «(...) conviene recordar que en psiquiatría la medicación no es más que un momento del tratamiento de una enfermedad mental y que el tratamiento de fondo sigue siendo la psicoterapia»⁷⁵. De igual modo, Henri Laborit, médico pionero en Europa en el desarrollo de la psicofarmacología, se preguntó el por qué estamos contentos de tener psicotrópicos cuando la sociedad en la que vivimos, sus vínculos humanos, sus relaciones económicas y de poder se tornan insoportables:

(...) la gente ya no puede dormir, está angustiada, necesita ser tranquilizada. A veces me reprochan haber inventado la camisa química. Pero en un futuro lejano, la farmacología presentará quizá menos interés, salvo probablemente en traumatología y podemos incluso prever que desaparezca⁷⁶.

Una declaración de deseos, quizá ingenua, pero significativa por provenir de unos de los pioneros de la psicofarmacología en Europa.

Atención privada. Aquí, el espectro es más amplio, confuso y por el momento sin posibilidad ni intención aparente de ser regulado y garantizado por las administraciones de sanidad pública. En este ámbito podemos encontrar un sinfín de posibles *salidas* para un sujeto que padece un malestar psíquico: desde mancias visivas o fónicas, terapias pseudomísticas del

⁷⁵ ELISABETH ROUDINESCU, *¿Por qué el psicoanálisis?*, Paidós, Barcelona, 2000, p. 22.

⁷⁶ IBÍDEM, pp. 22-23.

tipo *new age*, sectas religiosas, manuales y grupos de autoayuda, psicoterapias breves monosintomáticas para por ejemplo dejar de fumar, técnicas de relajación espirituales y las psicoterapias en los centros, asociaciones de familiares y afectados por alguna psicopatología e instituciones donde se practican terapias conductuales, catárticas o sugestivas. Todas estas pseudoterapias consideran que abarcan y dicen poder responder a cualquier cuestión planteada, la cual evidentemente siempre gira en torno a las problemáticas fundamentales de la existencia humana: el amor, el trabajo, la salud.

En general la psiquiatría oficial, adherida a la industria de invención de enfermedades mentales, tanto en lo privado como en lo público, también responde a cualquier demanda de malestar psíquico, mediante la administración de un fármaco específico para cada «psicopatología». Este modo de intervención opera bajo los parámetros de la sugestión con un efecto de superficie, amparada en la medicina positivista que sostiene la hipótesis que plantea que los fenómenos patológicos sólo son, en los organismos vivos, variaciones cuantitativas, en déficit o en exceso, de los respectivos fenómenos fisiológicos.

Un fármaco puede aliviar químicamente los síntomas «depresivos», pero sin dejar posibilidad a la apertura de una interrogación por la problemática psíquica o anímica que los sostiene, respondiendo de este modo a una demanda extendida entre los sujetos que acuden a un terapeuta buscando la resolución o disolución inmediata y mágica de un malestar que arrastran y que limita su vida cotidiana. Esta premura del sufriente por desear aparentemente «resolver» su malestar, lleva en ocasiones a caer en trampas y promesas que sólo producen un efecto cosmético, con tratamientos que operan bajo las reglas de la sugestión, ya sea por el alto coste económico de los mismos o la promesa de que en diez sesiones se puede resolver, como ocurre por ejemplo en el «tratamiento» de las fobias, donde el objetivo inmediato es que desaparezca el fenómeno sintomático manifiesto sin posibilidad de producir nada nuevo en la subjetividad de paciente.

3. LA INDUSTRIA DEL RÓTULO

Como hemos señalado, ciertas prácticas psicoterapéuticas consideran que una serie de signos más o menos observables llevan a una equivalencia diagnóstica unívoca, como se observa, por ejemplo, en el caso de pacientes que presentan signos de delgadez, falta de apetito, etc., a los que se aplica precipitadamente el diagnóstico de *anorexia*. El hacer clínico de la medicina positivista, extrapolado a los malestares psíquicos, no interroga al síntoma, no permite que el paciente hable de su malestar y comience a pensar qué elementos están en juego en él. Esta práctica, que considera que los fenómenos «psicopatológicos» están en

relación exclusiva con alteraciones o variaciones neurofisiológicas, manifiesta una obscena prisa por concluir, esto es, asignar un rótulo cuanto antes para aplicar todo su protocolo de tratamiento: farmacológico, técnicas de modificación de la conducta, de la personalidad, autoinformes, regímenes de premio y castigo, entre otros. Las propuestas taxonómicas del tipo DSM y CIE a modo de inventario, con su pretendida neutralidad «ateórica», eliminan la subjetividad del paciente, que es rápidamente ubicado bajo un rótulo, dentro del nominalismo contemporáneo que suprime el tiempo de la escucha de la palabra del paciente por un diagnóstico automático estandarizado.

El síntoma *psiquiatrizado* hecho *rótulo* tiende a la homogeneización y forzamiento a una categoría psicopatológica que no permite al sujeto hablar de su malestar. El síntoma psíquico no es un *índice* de enfermedad con una correspondencia unívoca signo-categoría al modo de la práctica médica somática, sino un signo de un *goce* particular que produce malestar sin vínculo fijo entre el fenómeno observable y una estructura psicopatológica subyacente.

La pretensión de evaluación y diagnóstico positivista mediante tests psicométricos, entre otras técnicas, devalúa el trabajo clínico. Esto nos conduce a realizar un breve recorrido por algunas cuestiones epistemológicas que están en juego en el campo de las que Wilhelm Dilthey llamó *ciencias del espíritu*.

Es una representación natural pensar que en filosofía, antes de entrar en la cosa misma, es decir al conocimiento efectivamente real de lo que es verdad, es necesario llegar a un acuerdo previo sobre el conocimiento que consideramos el instrumento con el que nos apropiamos de lo absoluto o como el medio gracias al que lo divisamos...Porque si el conocimiento es el instrumento para adueñarse de la esencia absoluta, resulta evidente que la aplicación de un instrumento a una cosa no la deja tal como es ella para sí misma, sino que la somete a su transformación y modelación⁷⁷.

Aquí Hegel plantea la problemática, tan evidente y contemplada en la física moderna aplicada, sobre cómo restar al resultado obtenido en una medición la parte que corresponde al instrumento que se introduce en la misma. Asistimos hoy día al uso indiscriminado de tests psicométricos, escalas de ansiedad, de personalidad, en la búsqueda de una falsa precisión, de una matemática aplicada a la evaluación diagnóstica del malestar psíquico, importando una teoría del error propia de la física, para la medición de variables psíquicas, por tanto ¿de qué

⁷⁷ GEORG WILHELM FRIEDRICH HEGEL, *Fenomenología del espíritu*, Fondo de Cultura Económica, México, 2000.

modo se puede restar el error instrumental introducido por las condiciones de evaluación si el instrumento de medida, es decir un sujeto, es similar al objeto de la medición? Recordemos que para los antiguos y vigentes griegos la matemática significaba «(...) aquello que el hombre ya conoce por adelantado cuando contempla lo ente o entra en trato con las cosas (...) a lo ya conocido, a lo matemático, pertenecen los números»⁷⁸.

Por tanto, asignar un «6» en una escala de depresión con un coeficiente de fiabilidad de 0.3, es ya saber de antemano donde colocar al paciente evaluado con la ilusión de fijarlo en un instante de tiempo a un número que el sujeto se llevará consigo, pretendiendo de esta manera que la historia de las matemáticas, capturada en un informe psicométrico, dé cuenta del malestar de un sujeto. El epistemólogo francés Gaston Bachelard, planteó numerosos casos donde la generalización de la ciencia es evidentemente inadecuada, tal es el caso siempre de:

(...) las generalidades de primera intención, de las generalidades dadas por las tablas de la observación natural, construidas mediante una especie de registro automático que se apoya sobre los datos de los sentidos. En realidad, la idea de tabla, que parece ser una de las ideas constitutivas del empirismo clásico, funda un conocimiento completamente estático que tarde o temprano traba a la investigación científica (...) la constitución de una tabla no hace sino generalizar una intuición particular, agravada por una encuesta tendenciosa...es tan cómodo para la pereza intelectual refugiarse en un falso empirismo, llamar a un hecho un hecho, y vedarse la investigación de una ley⁷⁹.

La asignación de un diagnóstico a través de instrumentos evaluadores implica una operación de analogía, esto es, una relación de correspondencia entre los síntomas manifiestos de un sujeto o los signos que el evaluador percibe y los síntomas enumerados de antemano en las tablas de los manuales diagnósticos. De este modo el diagnóstico se obtiene estableciendo una equivalencia entre un número de síntomas observados en el paciente por parte del evaluador y los que éste encuentra en dichos manuales clasificatorios, quedando el síntoma reducido a una única y exhaustiva significación de valor fijo y permanente: *borderline*, *drogodependiente*, *hiperactivo*, *de autoestima baja*, *anoréxico*, etc. ¿Sería posible una rectificación por parte del paciente de la posición subjetiva que ocupa en sus vínculos que construyó y sostiene, una vez *anclado* en una categoría clínica *impuesta* por una pretendida objetividad científica del evaluador de turno, con la consecuente imposición y presión identificatoria del rótulo que cortocircuita el malestar o lo real del síntoma, calmando, en todo

⁷⁸ MARTIN HEIDEGGER, «La época de la imagen del mundo» en *Caminos de Bosque*, Alianza, Madrid, 2000, p. 65.

⁷⁹ GASTON BACHELARD, *La formación del espíritu científico*, Siglo XXI, México, 2000.

caso, la angustia del evaluador con su saber científico-médico?, ¿no hay aquí una violación del precepto hipocrático que marca el diálogo con el paciente que co-construiría con el médico el diagnóstico, el pronóstico y el recorrido clínico en un intento de salir del malestar del espíritu?

La obscenidad de las tablas diagnósticas cerradas sobre sí mismas, reduce al paciente a un estado de pasividad, donde ya no tiene nada que decir ya que el evaluador y los manuales clasificatorios hablarán por él y de este modo sólo se espera que el paciente se limite a cumplimentar registros de autoevaluación, modifique su conducta en un sentido prefijado, etc. Detrás de la idea de evaluación psicológica y psicométrica del estado «mental» del evaluado, mediante técnicas objetivas, sean éstas aparatos de registros, mediciones psicofisiológicas del sudor, palpitaciones, etc., técnicas proyectivas, autoinformes, test de personalidad, con sus coeficientes de fiabilidad y validez o grado de confianza, acecha un delirio evaluativo de fijar al evaluado a un estado y asignarle un valor numérico a su malestar, creyendo el evaluador que de esta manera da sentido al malestar del sujeto, cuando en todo caso se limita a darlo a su propia función.

(...) la investigación matemática de la naturaleza no es exacta a priori por el hecho de que calcula con exactitud. Por el contrario, todas las ciencias del espíritu, e incluso todas las ciencias que estudian lo vivo, tienen que ser necesariamente inexactas si quieren ser rigurosas⁸⁰.

El acercamiento de ciertas corrientes psicoterapéuticas y de la psicología «oficial» a la psiquiatría positivista, instalada en la medicina prescriptora de fármacos, parece ser un intento de congraciarse con ella, dejando una psicología reducida a una simple técnica de aplicación de protocolos, que paradójicamente postula el derecho de ser reconocida como una profesión sanitaria. Psicología que a la vez es subestimada por la propia psiquiatría que no le reconoce alcance clínico o «sanitario». Por su parte los colegios profesionales de psicólogos y los programas universitarios de psicología adhieren a los manuales clasificatorios psiquiátricos y a su vez proponen nuevos rótulos diagnósticos desde un pretendido saber clínico y científico, rótulos del tipo *bullying*, *mobbing*, *burnout*, etc.

Estas inclinaciones o desvíos señalados desembocan en prácticas psicoterapéuticas que tras una retahíla de rótulos ocultan la clínica de la angustia, del deseo, del vacío y sus múltiples rostros, prácticas que pretenden la obtención de un «yo» modelado según la idea del terapeuta que opera como modelo identificadorio (*imaginario*) y que a su vez desconoce el efecto identificadorio que produce el rótulo diagnóstico en el paciente. Así mismo cuando se

⁸⁰ MARTIN HEIDEGGER, *op. cit.*, p. 66.

quiere dar una explicación causal de la problemática que presenta un paciente, se recurre a la idea de «personalidad», recurso con el que se pretende dar cuenta de las diferencias de actuación entre los sujetos, interpolando algorítmicamente la «personalidad» entre el estímulo E (mundo exterior) y la respuesta R (conducta) que manifiesta el paciente. De aquí surgen algunos interrogantes: ¿cómo responde el refuerzo «premio-castigo» a la insistencia del sujeto en caer en su destrucción a través del alcohol, la velocidad, etc.?, ¿qué hay que premiar o castigar para que el paciente «modifique su conducta» cuando en verdad es empujado por una pulsión compacta y abisal, a saber, la pulsión de muerte?

Un ejemplo de esta práctica clasificatoria es el manual diagnóstico DSM-IV, que contempla los siguientes trastornos de la personalidad (entre paréntesis su equivalente en el manual CIE-10):

Trastornos de la personalidad según el DSM-IV (CIE-10)

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad	(301.0)
F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad	(301.20)
F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad	(301.22)
F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad	(301.7)
F60.3 Trastorno límite de la personalidad	(301.83)
F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad	(301.50)
F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad	(301.81)
F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación	(301.82)
F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia	(301.6)
F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	(301.4)
F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado	(301.9)

Entre dichos trastornos veamos como ejemplo los criterios diagnósticos para determinar un trastorno de la personalidad:

**Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad
DSM-IV:**

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. cognición (p. ej. formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
2. afectividad (p. ej. la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional).
3. actividad interpersonal.
4. control de los impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

Estos criterios descriptivos y vagos no dicen nada de la posición subjetiva del paciente en el mundo que le rodea: no contemplan sus deseos, temores, abatimiento, servidumbres y angustia. En todo caso el diagnóstico precipitado tiene como mínimo dos efectos inmediatos: por un lado, da al paciente un elemento al qué aferrarse y con el que identificarse, esto es, nombrarse, pudiendo justificar así sus actos, y por otro, al profesional sanitario le otorga la creencia de cumplir con su misión clínica. La evaluación diagnóstica instrumental es un acto intimidatorio para el paciente y de cierre para su discurso.

Incluso un autor reconocido como Eugen Bleuler⁸¹, pese a las imperfecciones de su obra y sin renegar del organicismo sobre el que sostuvo su modelo de trastornos mentales,

⁸¹ Psiquiatra suizo (1857-1940) al que se debe el término «esquizofrenia» (del griego σχίζειν schizein ‘dividir, escindir, hendir, romper’ y φρήν phrēn, ‘mente’). Propuso que la «demencia precoz», que había definido Kraepelin como una enfermedad única, en realidad constituía un conjunto de afecciones que tenían caracteres

fundamentalmente el de la esquizofrenia, planteó la exigencia de una comprensión de los cuadros nosográficos que vaya más allá de las descripciones estadísticas de los síndromes para «darle un sentido que concierna al ser mismo del hombre»⁸².

4. MALESTAR Y MATEMÁTICAS

¿No sucede a veces que soplando el mismo viento,
uno de nosotros siente frío y el otro no?

Teeteto, 152.b

La pretensión delirante de hacer equivalente un malestar psíquico a un número en una tabla que represente un índice de depresión, de ansiedad, etc. no parece tener límite en la clínica actual. El afán de diagnosticar produce un retorno a los territorios de la conciencia, a lo «yoico», al campo de la mirada médica que insiste en describir lo que «ve» de forma precipitada en un intento de traducir el síntoma, haciéndolo un objeto de significación. El psicoanálisis, en cambio, como ciencia conjetural, responde al precepto de Heidegger referente a la inexactitud de las «ciencias del espíritu», lo cual no es ningún defecto, sino un modo de satisfacer una «exigencia esencial para este tipo de investigación»⁸³. Las técnicas psicométrico-diagnósticas abandonan la clínica del sujeto, reducen el síntoma a una pura significación permanente. La violenta intromisión que conlleva el acto de rotular implica creer que los sujetos siempre son como aparentemente se comportan⁸⁴, cuando hace tiempo que sabemos que las cosas no son como las vemos. ¿De qué modo puede introducirse en las tablas clasificatorias lo impensable y particular de cada paciente?

La psiquiatría y la psicología oficiales, con sus operaciones de reduccionismo indiscriminado y pretensiones científicas, manifiestan un des-conocimiento de todo un vasto territorio de pensamiento, y en particular de algunos conceptos claves que iremos desarrollando en las páginas siguientes. Entre ellos, las teorías de la mirada, desde las pioneras concepciones pitagóricas de la mirada como rayos que emanan de los ojos a modo de pseudópodos, una especie de tacto que «toca» los objetos y así los percibe, o la de los

comunes. Para Bleuler el síntoma fundamental de esta psicosis es la disociación (*Spaltung*) de las diversas funciones psíquicas, considerando que el núcleo disociado de la esquizofrenia era de origen orgánico y a partir de él se producían síntomas secundarios como «reacción del alma enferma» ante el proceso morboso. Véase EUGEN BLEULER, *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Hormé, Buenos Aires, 1993.

⁸² ÍDEM, *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, Editorial Triacastela, Madrid, 2009.

⁸³ MARTIN HEIDEGGER, *op. cit.*, p. 66.

⁸⁴ Un sujeto puede estar tumbado en la cama, sin ánimo para levantarse, ni hacer nada, diciendo que su inmovilidad responde a una «depresión», ¿podemos guiarnos por esta conducta observable?, quizá tras esta conducta subyace un sentimiento de odio a quienes le rodean, ¿podemos llamar a esto «depresión» sin más?

simulacros de Lucrecio, a la idea lacaniana de pulsión escópica; la crítica de la causalidad en la idea de *conexión necesaria* formulada por Hume; el concepto psicoanalítico de *sobredeterminación*. Desconocer estas construcciones de la historia y fundamentos del pensamiento filosófico y científico desemboca irremediabilmente en las redes del régimen de una «monarquía causal»⁸⁵. Ver no es mirar. No vemos cosas, vemos imágenes, el mundo que vemos es un mundo de imágenes. Hay un modo de «ver» en estas prácticas terapéuticas donde «ver» pasa a ser sinónimo de «pre-ver», de imaginar lo que se espera; ya que ver es siempre esperar aquello que se va a ver; no hay sorpresa en el ver, porque se trata de algo relacionado con el re-conocer.

Cuando un sujeto acude a una clínica con la intención de dejar de fumar, ese pedido desemboca en una serie de técnicas y protocolos que pretenden satisfacer dicha demanda. Si se diera un tiempo a esa exigencia, aparecerían por ejemplo frases del orden «es mi familia a la que le molesta, a mí me gusta fumar», observándose en este ejemplo habitual que el sujeto acude a consulta por petición de la familia y no por deseo propio. En ese sentido, en las entrevistas preliminares, entre otras cuestiones, se debe ir intentando dilucidar la cuestión de la demanda de tratamiento, esto es, identificar quién o quiénes demandan dicho tratamiento y poder separar así el enunciado de la enunciación en la reformulación de la demanda inicial explicitada. Las entrevistas preliminares a la iniciación de un posible tratamiento psicoterapéutico deben introducir una operación de apertura y no de cierre para evitar instrumentar, por ejemplo, un método ortopédico para dejar de fumar o «curar» una fobia. Las entrevistas abren una puerta que invita al sujeto a interrogarse por su deseo mientras habla sobre su malestar. Un elemento primordial, y en principio evidente, a tener en cuenta en la paulatina y compleja construcción de un caso, es aquél que señala quién es la persona que solicita un tratamiento y pide una cita, sin embargo, posteriormente se irá vislumbrando, o no, quién es aquél que demanda realmente ese tratamiento y por tanto qué está en juego en esa solicitud inicial. Eso es, quien pide la entrevista no necesariamente es quien demanda el tratamiento. Por ejemplo, un paciente puede acudir a consulta presionado por alguien de su entorno. Las entrevistas preliminares en ese sentido posibilitan el comienzo de una localización de la posición subjetiva que el paciente adopta frente a lo que hace, a su modo de goce, a sus actos y frente a su propio relato.

El relato que despliega el sujeto de sus actos y de su realidad, nos invita a intentar captar y localizar su decir, su enunciación y la posición que toma respecto al enunciado, momentos

⁸⁵ JUAN CARLOS DE BRASI, «La monarquía causal» en *Escenas multiplicidad (Estética y micropolítica)*, Ediciones Búsqueda de Ayllú, Entre Ríos, 1996, p. 102.

éstos previos a una posible rectificación subjetiva por su parte. Pensar el diagnóstico como un arte es una aproximación a pensar lo particular, el caso por caso, más allá de una operación de equivalencia entre signos-síntomas y una patología previamente tabulada. Considerar un síntoma manifiesto como efecto del trabajo psíquico de un paciente particular implica que, si bien hay síntomas típicos, cada síntoma es singular en tanto que apunta a dar existencia a un modo particular de goce.

En relación al arte médico Hipócrates señala que:

(...) ningún hombre que vea sólo con los ojos puede llegar a saber nada de lo que se acaba de decir. Y por eso las llamo enfermedades ocultas y así son juzgadas por el arte. Ahora bien, el que sean ocultas no significa que hayan vencido sino que han sido vencidas en la medida en que ello es posible. (...) En efecto, para conocerlas, se requiere más trabajo y no menos tiempo que si se vieran con los ojos. Porque cuantas enfermedades escapan a la mirada de los ojos, quedan sometidas a la mirada de la inteligencia⁸⁶.

Recurrir a los manuales DSM para precipitar un diagnóstico automático es negar la experiencia clínica del juicio, vulgarizando de este modo la práctica. Los agrupamientos monosintomáticos del tipo «T.O.C.» (trastorno obsesivo compulsivo), «T.E.P.» (trastorno de estrés postraumático), anorexia, drogodependencia, fibromialgia, patología dual, etc. al modo de rótulos diagnósticos terminan forzando lugares de identificación comunitaria, donde el síntoma se entiende como un déficit o como un comportamiento inadecuado que hay que corregir o borrar, cuando en todo caso ha sido la respuesta que el sujeto ha encontrado para enfrentarse al mundo como sujeto mortal, parlante y sexuado. Si el terapeuta-evaluador olvida esto en el ejercicio de su práctica, naufraga en lo imaginario, creyendo de este modo que se amarra al muelle de su deber o supuesto saber terapéutico.

Entiendo el diagnóstico como un arte, exactamente, como un arte de juzgar un caso sin regla y sin clase preestablecida, lo que se distingue por completo de un diagnóstico automático que refiere cada individuo a una clase patológica. Esa es la utopía del *DSM*, que está en el horizonte. El anhelo del diagnóstico automático es parte de nuestra época⁸⁷.

⁸⁶ HIPÓCRATES, «Sobre el arte» en *Tratados hipocráticos*, Alianza, Madrid, 1996, p. 196.

⁸⁷ JACQUES-ALAIN MILLER, «El ruiseñor de Lacan» en *Del Edipo a la sexuación*, ICBA-Paidós, Buenos Aires, 2001, p. 258.

La propuesta taxonómica y diagnóstica lleva al *diagnosticador* a creer que el síntoma es un emergente de una categoría clínica que él debe encontrar o reconocer inductiva o deductivamente.

5. DECISIÓN Y GESTIÓN

La decisión sobre la excepción, es una decisión en el verdadero sentido de la palabra.

Carl Schmitt, *Teología política*

El trabajo clínico pone en evidencia una brecha entre lo universal y el caso particular, entre la teoría y la práctica, una brecha que requiere contemplar lo excepcional. Aplicar lo universal de una categoría psicodiagnóstica a un caso particular resulta ser una mera gestión de atribuciones de rasgos y signos médicos a un paciente para anudarlo al rótulo que tranquiliza al que ejecuta la atribución psiquiatrizante y que no deja posibilidad a la implicación del sujeto en su problemática. Las normas clasificatorias nos llevan a plantear la cuestión de la decisión y la certeza en la clínica, donde ésta pareciera habitar del lado del discurso médico, de un saber que valdría para todos, anulando el caso por caso, homogeneizando de este modo el malestar al no considerar lo singular y aplicando sistemas taxonómicos donde lo universal de la categoría estaría presente en cada paciente. En las prácticas «psi» lo habitual es la mera gestión de rótulos psiquiatrizantes, así como tomar una posición pedagógica-terapéutica de «re-socialización», «integración en lo social» o de «reinserción» de los pacientes y *usuarios* sin contemplar lo singular de cada sujeto. Recordemos esa advertencia que hace Lacan cuando nos dice: «¿Cómo podría captarse toda actividad psíquica sino como un sueño, cuando mil veces cada día *se oye esa cadena bastarda de destino y de inercia, de tirada de dados y de estupor, de falsos éxitos y de encuentros ignorados, que son el texto de una vida humana?*»⁸⁸.

Tal como nos previene Freud, varias son las funciones capitales en nuestra sociedad imposibles de poder ser realizadas de forma ideal, a saber: educar, gobernar, analizar, pero a pesar de las dificultades que implican no impiden realizar, en nuestro caso, un trabajo clínico, si estamos atentos, entre otras cosas, a no caer en el *furor sanandis*. Precipitar un diagnóstico que derive en poner objetivos ideales a un tratamiento clínico inevitablemente llevará al fracaso y a la frustración, tanto a los pacientes como a los propios trabajadores implicados en

⁸⁸ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 17: El reverso del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1992, p. 74.

su atención. Querer curar o corregir un síntoma psíquico es pretender forzar el retorno del paciente a un estado de «normalidad» previo a la emergencia de la problemática que presente, extrapolando así la curación somática al campo de lo psíquico. El empuje igualitario del rótulo impuesto hace que el sujeto evaluado y diagnosticado pierda su singularidad en la obscenidad de un acto que produce un corte arbitrario, fijándolo en el tiempo de la evaluación. Etiquetar a un sujeto como «drogodependiente» mediante el resultado de un cuestionario con preguntas que miden su hábito de consumo, sin más opciones que las respuestas que se le presentan en dicho cuestionario, es pretender llevar el goce particular del sujeto a un régimen general de contabilidad. El trabajo clínico, en cambio, requiere la necesidad de un saber hacer con la excepción, de trabajar con lo singular de cada paciente, con lo que escapa a la norma, con lo incalculable, sin olvidar que los recursos disponibles para la realización de un trabajo clínico en sus mejores condiciones son limitados por diferentes factores, sean éstos económicos, familiares, institucionales, temporales.

Trabajar en el campo de la «salud mental» implica pensar la experiencia clínica como un acompañar dando acogida a un dolor que habla y requiere ser escuchado a través de una espera que nada espera, y sin adherir a un saber revelado en una tabla clasificatoria. El trabajo clínico requiere hacer amistad con la inminencia⁸⁹, con lo que no está, con lo que está por venir o quizá no vendrá, fuera del ideal de las instituciones psiquiátricas, donde se espera que no pase nada, donde todo esté bajo control⁹⁰.

En el devenir de los encuentros y entrevistas preliminares el clínico debe ir vislumbrando si el paciente que tiene ante sí manifiesta elementos que pueden estar encubriendo un trastorno psicótico o neurótico, tanto para tomar las precauciones que requiere el tratamiento como para comunicar con otros profesionales implicados en él y para dar cuenta de su trabajo en la supervisión clínica, pero muy diferente es comunicar al paciente esa valoración. No tiene ningún valor terapéutico decirle a un paciente que padece un trastorno esquizofrénico, paranoico u obsesivo. Un profesional que se limita a realizar prácticas de evaluación, sea éste psiquiatra, psicólogo, educador, etc., pasa a ser un «auxiliar técnico», que conoce sus funciones concretas y aplica técnicas psicométricas estandarizadas, pero no es un clínico.

⁸⁹ MARCELO PERCIA, *Deliberar las psicosis*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2004.

⁹⁰ Un recorrido por diversas instituciones hospitalarias pareciera mostrar que las reformas psiquiátricas se han planteado e implementan pensando en los psiquiatras, de tal modo que lo que se pretende instaurar en los centros de «encierro» es la disciplina y la obediencia, en el sentido de plantear a los pacientes ingresados la realización de actividades monótonas y reguladas, sin contar con su aceptación e implicación de los mismos. Sin caer en radicales posturas «antipsiquiátricas» sea pertinente recordar lo que Deleuze señaló al respecto: «Así, por ejemplo en la crisis del hospital como medio de encierro, es posible que la sectorialización, los hospitales de día o la asistencia domiciliaria hayan supuesto en un principio nuevas libertades; ello no obstante, participan igualmente de mecanismos de control que no tienen nada que envidiar a los más terribles encierros. No hay lugar para el temor ni para la esperanza, sólo cabe buscar nuevas armas»; véase GILLES DELEUZE, *Conversaciones*, Pre-Textos, Madrid, 1999, p. 279.

Quienes realizan esos procedimientos de evaluación pretenden, sin saberlo, reemplazar la aparente incapacidad del evaluado que «está impedido» para saber lo que le pasa. Cuando se realiza una prueba diagnóstica pretendidamente científica y se obtiene como diagnóstico un «trastorno obsesivo compulsivo», se le comunica al paciente y a su familia tal resultado y en base a él se aplica el tratamiento estandarizado farmacológico y psicoterapéutico, no se está haciendo un trabajo clínico. El evaluador que obra de esta manera es incapaz de soportar el no saber dónde colocar al otro semejante, situación que le genera una angustia que no reconoce, realizando una operación de cierre en tres etapas: evaluación-diagnóstico-tratamiento. También es habitual encontrarnos en las instituciones con el trabajador sanitario que realiza funciones de «auxiliar-asistente» del paciente, haciendo lo que supuestamente éste no puede hacer, promoviendo de este modo la pasividad del mismo.

El manual diagnóstico y estadístico. En el año 1952 se redactó el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) por encargo de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association). Posteriormente, en 1968, se redactó la segunda edición de dicho manual, que alentaba el uso de diagnósticos múltiples para un mismo paciente, pero que permanecía en la misma lógica de la edición anterior. Ya en 1980, a partir de la edición DSM-III se aprecia un claro retorno a la concepción fisiologista y somatista de las problemáticas psíquicas. En esta versión se realiza una descripción detallada de síndromes evaluados por medio de cuestionarios y escalas estandarizadas, síndromes que implicarían disfunciones neurológicas o bioquímicas causales subyacentes, con la pretensión de poder ser conocidas en el futuro con el avance de las neurociencias.

La disputa entre asociaciones de profesionales de la salud mental para hacer reconocer la diferencia entre un manual de clasificación epidemiológica, útil quizá para la investigación, y un manual diagnóstico válido para la clínica, termina con el triunfo de quienes postulaban la necesidad de este último enfoque. Paralelamente a la redacción del DSM, la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) redacta la ICD o CIE (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), siendo ésta una empresa clasificatoria apoyada por la comunidad científica para facilitar la comunicación, investigación y la evaluación de las intervenciones clínicas realizadas. El DSM-III proponía un sistema de clasificación «multiaxial» y definía cada categoría clínica por criterios explícitos de inclusión y exclusión, «neutra desde el punto de vista teórico», como declaraba en la introducción, incorporando nuevos términos clasificatorios como los trastornos de déficit de atención, trastornos generalizados del desarrollo, entre otros.

Esta pretendida neutralidad teórica ha sido cuestionada en parte por un sector de la psiquiatría europea, ya que en realidad el DSM-III reflejaba la predominancia de las corrientes de la psiquiatría biológica y de la psiquiatría de la conducta imperante en los EE.UU., donde las nociones de neurosis obsesiva e histeria, entre otras, desaparecían de la clasificación. Con la redacción del DSM-IV, se elabora un manual de psiquiatría al que se agrega un tratamiento que se desprende de cada diagnóstico, esto es, un tratamiento estandarizado del síndrome o síntoma que se determina a través de una observación de superficie «objetiva del paciente», dejando de lado la particularidad de cada caso con una medicación estándar para cada patología. De esta manera se elimina toda consideración a los significantes del sujeto, al inconsciente, al sentido, a su temporalidad, a la subjetividad, a su historia. Todo esto desemboca en una práctica estandarizada donde la medicación vale para todos los pacientes por igual, así como en una prescripción masiva y abusiva de psicotrópicos. Pensar el sufrimiento y el malestar humano requiere forzosamente alejarse de estas pretendidas posturas científicas y mecanicistas, que pretenden reducirlos a un mal funcionamiento neuroquímico.

En los años cincuenta surge la «hipótesis monoaminérgica de los trastornos afectivos», en la que se postula que el déficit cerebral de ciertos neurotransmisores, las monoaminas, es causa de la depresión:

A pesar de todas las evidencias científicas en contra, la reduccionista hipótesis monoaminérgica convencional sigue empleándose como mecanismo para la explicación no sólo del modo de acción de los antidepresivos, sino también para justificar el origen bioquímico de la depresión. En este contexto, la depresión, los trastornos de ansiedad o la esquizofrenia se caracterizan como “enfermedades mentales” que se asemejan a enfermedades con fisiopatología mucho mejor conocida, como la diabetes en relación con la insulina y los niveles de glucosa en la sangre. En el caso de los antidepresivos, éste es un claro ejemplo de razonamiento *ex iuvantibus*, es decir, que suelen realizarse inferencias sobre la causa biológica de la depresión a partir de los efectos bioquímicos de un fármaco⁹¹.

El recurso al fármaco en ocasiones, como por ejemplo una depresión profunda, puede resultar inevitable, pero no como un tratamiento en sí, sino para movilizar de algún modo al sujeto, para que éste pueda balbucear algo sobre su malestar, implementando junto al fármaco un dispositivo de acompañamiento que dé contención y salida del nudo depresivo. Pero

⁹¹ HÉCTOR GONZÁLEZ PARDO; MARINO PÉREZ ÁLVAREZ, *La invención de trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente?*, Alianza, Madrid, 2007, p. 123.

reducir un estado depresivo a una simple relación entre soma y mente es caer en postulados reduccionistas y equívocos. ¿El supuesto déficit de monoaminas es *causa* de la depresión o es la tristeza en la que está sumergido un sujeto la que altera su metabolismo? El cuerpo está afectado por el deseo, por el Otro, por el lenguaje. Mucho se ha hablado y escrito sobre la medicina psicosomática, intuyendo que hay un vínculo psique-soma, como se observa en estados melancólicos donde el cuerpo se resiente y el sistema inmune no deja de ser afectado. Pero sigue habiendo gran confusión cuando se cita el fenómeno psicosomático. El cuerpo del inconsciente no es el cuerpo de la medicina. Una parálisis funcional histérica de una extremidad del cuerpo es una rebelión frente a la estructura fisiológica del sistema nervioso.

Respecto a la relación entre la actividad del cerebro y el pensamiento, las emociones, los afectos y la memoria, Henri Bergson más allá del racionalismo idealista, determinismo positivista y del psicologismo, nos dice que:

La relación del cerebro con el pensamiento es pues compleja y sutil. Si ustedes me pidieran que la expresara en una fórmula simple, necesariamente tosca, diría que el cerebro es un órgano de pantomima, y solo de pantomima. Su papel es remedar la vida del espíritu, y remedar también las situaciones a las que el espíritu debe adaptarse. La actividad cerebral es a la actividad mental lo que los movimientos de la batuta del director de orquesta son a la sinfonía. La sinfonía rebasa por todas partes los movimientos que marcan su ritmo; del mismo modo la vida del espíritu desborda la vida cerebral⁹².

Bergson reconoce la imposibilidad de demostrar sus postulados, resaltando que aquellos que plantean la hipótesis de una equivalencia entre lo cerebral y lo mental tampoco pueden hacerlo:

Bastará una ligera modificación de la sustancia cerebral para que el espíritu entero parezca afectado. Hablábamos del efecto de ciertos tóxicos sobre la conciencia y más en general de la influencia de la enfermedad cerebral sobre la vida mental. En dicho caso, ¿es el espíritu mismo el que se trastorna, o no sería más bien el mecanismo de inserción del espíritu en las cosas? Cuando un loco desvaría, su razonamiento puede ajustarse a la lógica más estricta: oyendo hablar a ciertos paranoicos se diría que de lo que pecan es de un exceso de lógica. Su error no está en razonar mal, sino en razonar al margen de la realidad, fuera de la realidad, como si estuvieran soñando. Supongamos, como parece verosímil suponer, que la enfermedad es causada por una intoxicación de la sustancia cerebral. No hay que creer que el veneno haya ido a buscar el razonamiento en tales o cuales células del cerebro ni, por consiguiente, que haya en tales o cuales puntos del cerebro movimientos de átomos que correspondan al razonamiento.

⁹² HENRI BERGSON, *El alma y el cuerpo*, Ediciones Encuentro, Madrid, 2009, p. 32.

No, lo probable es que sea el cerebro entero el que esté afectado, del mismo modo que la cuerda tensada se afloja entera, y no tal o cual parte, cuando el nudo se ha hecho mal...una modificación aunque sea ligera, de la sustancia cerebral entera puede hacer que el espíritu, perdiendo contacto con el conjunto de cosas materiales en que ordinariamente está apoyado, sienta que le falla la realidad que lo sostiene, titubee y sea presa del vértigo⁹³.

Como destacaremos más adelante, el trabajo clínico con el malestar anímico y sus síntomas manifiestos, está fuera del territorio causal de las ciencias de la naturaleza y del discurso motivacional de la fenomenología⁹⁴. En la *realidad psíquica* no operan *causas* discernibles, no hay inferencias estables entre las causas psíquicas y los efectos sintomáticos en la determinación de un diagnóstico⁹⁵.

En un tratamiento psicoanalítico se va estableciendo una relación transferencial entre el analista y el paciente que comprende palabras y silencios. El analista debe saber callar ya que sólo en el silencio puede descubrirse o producirse el sentido de las palabras dichas u oídas: puesto que nada alivia tanto como el «regazo de un silencio abierto por la persona que calla a la persona que habla», el buen clínico «sabe evitar la digresión inútil del paciente y nunca olvida esta doble y sutil función del buen oír»⁹⁶. Un sujeto cuando habla adopta al menos dos modos distintos, uno testifical, donde actúa como testigo de sí mismo, otro como intérprete de su malestar, y es ahí donde el clínico debe posibilitar un espacio en el que el paciente, a través de su discurso, pueda construir una idea, aunque sea errónea, de lo que pueda estarle sucediendo. Para posibilitar ese momento discursivo, es necesario que el clínico no interfiera con interpretaciones precipitadas ni consejos sobre qué es lo que le conviene al paciente. Destaca Laín Entralgo que es a partir de Freud, cuando la anamnesis clínica empieza a entenderse como notificación interpretativa, esto es, que el paciente no dice al clínico solamente “lo que en sí y en su mundo ve y siente (o vio o sintió); dícele también lo que para él significa eso que en sí mismo y en su mundo siente y ve»⁹⁷.

⁹³ IBÍDEM, p. 33.

⁹⁴ PAUL RICOEUR, *Freud: una interpretación de la cultura*, Siglo XXI, México, 2002.

⁹⁵ JOËL DOR, *Estructuras clínicas y psicoanálisis*, Amorrortu, Buenos Aires, 2000, p. 22.

⁹⁶ PEDRO LAÍN ENTRALGO, *El médico y el enfermo*, Editorial Triascastela, Madrid, p. 166.

⁹⁷ ÍDEM, p. 167.

6. APUNTES SOBRE LA REPRESENTACIÓN

Los pensamientos sin contenido son vacíos; las intuiciones sin conceptos son ciegas.

Immanuel Kant, *Crítica de la razón pura*

«El mundo es mi representación»: así comienza Schopenhauer su más famoso libro:

«El mundo es mi representación»: ésta es la verdad válida para cada ser que vive y conoce, aunque tan sólo el hombre pueda llegar a ella en la consciencia reflexiva y abstracta (...) Entonces le resulta claro y cierto que no conoce sol o tierra algunos, sino que sólo es un ojo lo que ve un sol, siempre es una mano la que siente una tierra; que el mundo que le circunda sólo existe como representación, o sea, siempre en relación a otro que se lo representa y es él mismo⁹⁸.

Qué se entiende por «representación» y el porqué de la necesidad de estos aparentes rodeos conceptuales en este trabajo de investigación que intenta situar los diferentes modos de tratamiento de los malestares anímicos, es otro de los *apuntes* que pretendo desplegar en este apartado.

En relación al concepto de representación, Ferrater Mora nos dice:

El término «representación» es usado como vocablo general que puede referirse a diversos tipos de aprehensión de un objeto (intencional). Así se habla de representación para referirse a la fantasía (intelectual o sensible) en el sentido de Aristóteles; a la impresión (directa o indirecta), en el sentido de los estoicos; a la imaginación en el sentido de Descartes; (...) a la aprehensión general que puede ser como en Kant, intuitiva o conceptual; a la forma del mundo de los objetos como manifestaciones de la Voluntad en el sentido de Schopenhauer, etc.⁹⁹

Esta descripción exhaustiva Ferrater Mora la lleva dentro del campo de la psicología tradicional distinguiendo las siguientes acepciones de representación:

- Aprehensión de un objeto efectivamente presente.
- Reproducción en la conciencia de percepciones pasadas, esto es, representaciones de la memoria o recuerdos.

⁹⁸ ARTHUR SCHOPENHAUER, *El mundo como voluntad y representación*, vol. I, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2003, § I, p. 85.

⁹⁹ JOSÉ FERRATER MORA, *Diccionario de filosofía*, RBA, Madrid, 2005, pp. 3076-3077.

- Anticipación de acontecimientos futuros a base de una combinación de percepciones pasadas, representación como imaginación.
- Unión en la conciencia de varias percepciones no actuales, imaginación o incluso alucinación.

En cuanto a la cualidad de la representación se encontrarían dos tipos:

- Las basadas en el predominio de un sentido: ópticas, acústicas, etc.
- Las basadas en la forma: eidéticas, conceptuales, afectivas, volitivas, etc.

Para Schopenhauer «representación» es el mundo exterior percibido que aparece en la conciencia y es elaborado en ella. La conciencia sólo es un órgano de percepción de los actos psíquicos que en sí son inconscientes, y de este modo es análoga a la percepción del mundo exterior por parte de los órganos sensoriales. Sólo en nuestro «propio cuerpo encontramos la realidad experimentada desde dentro: dolor, deseo, placer, pulsión, pasión. A todo eso Schopenhauer le da el nombre de *voluntad* (...) El mundo se conoce de dos maneras, desde fuera como *representación* y desde dentro como *voluntad* en el propio cuerpo»¹⁰⁰. De este modo el concepto de *voluntad* «no designa la intención racional, sino la pulsión insaciable, el deseo incansable. Frente a esto, la inteligencia se presenta como algo secundario, “al servicio de la voluntad”»¹⁰¹. Para el ser humano la *voluntad* o el entusiasmo no son recursos protectores o motores para su existencia, sino un esfuerzo ciego, pulsional, que hay que encauzar.

Sin pretender realizar un análisis comparativo de las concepciones de «realidad» y «representación» en Freud y Schopenhauer, ya que escaparía a este trabajo de investigación, sí consideramos pertinente un breve planteamiento del mismo. Si para Freud la «realidad material» es lo que se presenta al sujeto percipiente, la «realidad psíquica» está más allá de lo que éste percibe. La representación por tanto es el resultado (inmediato) del encuentro del sujeto con un objeto (situación, acontecimiento). Ahora bien, si esta representación inmediata y distorsionada (subjetiva) de la realidad requiere de un posterior trabajo (psíquico) para restar la distorsión producida por dicho proceso, debido a los propios afectos, expectativas, deseos, etc. del sujeto que representa dicha realidad, ¿qué valor tendría este doble trabajo, esto es representarse y trabajar posteriormente dicha representación? Si la representación fuera reflejo idéntico de la realidad material, por lo pronto los sujetos seríamos también idénticos: si

¹⁰⁰ RÜDIGER SAFRANSKI, «La actualidad de Schopenhauer», El país digital. Traducción de Raúl Gabás Pallás, 16 de octubre de 2010, <http://elpais.com/diario/2010/10/16/opinion/1287180013_850215.htm>.

¹⁰¹ IBÍDEM.

la función del proceso de representación fuera captar el mundo tal como es en sí, no habría diferencias cualitativas entre los sujetos, el enigma del malentendido se diluiría y quizá, las líneas de fuerzas de deseos se anularían en el acto. La brecha insalvable entre «representación» y «realidad material» enriquece el mundo humano, y a la vez, es fuente irremediable de dolor y duda. La propia constitución del aparato psíquico lleva a que sea la «representación» el punto de partida para la construcción posterior individual (subjetiva) del mundo: si al observar un cuadro, o leer un poema, todos los seres percipientes produjeran idéntica representación y despertaran idénticos afectos, el mundo sería divino, monótono y mecánico y la teleología sería la ciencia del hombre por excelencia.

Representarse algo exige empeños simultáneos y categóricos como los de *separar*, *oponer* y *excluir*¹⁰², esto es, decidir. En ese sentido las producciones y formaciones del aparato psíquico, como son los fallidos, los olvidos y todos aquellos actos repetitivos que persisten e insisten, escapan a posibles representaciones. Las manifestaciones sintomáticas se pliegan y repliegan a la vez fuera y dentro de un registro imaginario que las atraviesa y dificulta su «simbolización». El sujeto las producirá y manifestará más allá de su propia voluntad. ¿De qué manera puede ser representado un acto como lavarse las manos repetitivamente sin necesidad aparente, si no es mediante un trabajo de desatención del fenómeno observable, de descentramiento espacio-temporal que pueda desanudar la trama sintomática sin necesidad de someterlo a una ortopedia conductual? Utilizar un lenguaje pretendidamente sostenido en la conciencia y la racionalidad desemboca en intervenciones «psi» del tipo «el niño no come para llamar la atención de sus padres», delata la pretensión de representarse el incipiente psiquismo del niño intentando dar al mismo una consistencia de objeto:

(...) los hombres viven, en general, el presente con cierta ingenuidad; esto es, sin poder llegar a valorar exactamente sus contenidos. Para ello tienen que considerarlo a distancia, lo cual supone que el presente ha de haberse convertido en pretérito para que podamos hallar en él puntos de apoyo en que basar un juicio sobre el porvenir¹⁰³.

El simple recurso a la mirada amparada en un dogmatismo positivista, no puede ser la vía regia para el conocimiento de un fenómeno tan complejo como es la sintomatología que presenta un paciente¹⁰⁴. No es posible diagnosticar desde una declarada «experiencia personal», entendiéndose por experiencia la percepción corriente que un sujeto tiene de su

¹⁰² JUAN CARLOS DE BRASI, *La problemática de la subjetividad*, op. cit., p. 63.

¹⁰³ SIGMUND FREUD, *El porvenir de una ilusión*, O.C., p. 2961.

¹⁰⁴ Recordemos la prudencia del diagnóstico y pronóstico hipocráticos, señalada por Pedro Laín Entralgo en *La medicina hipocrática*, Revista de Occidente, Madrid, 1970, pp. 225-274

propia actividad, por lo que estaríamos en el centro de un proceso de autorreferencia, más cercano a la «autoestima» que a la epistemología y ética que requiere el oficio clínico.

El acto psicoanalítico no se dirige al centro de las evidencias, sino que indaga en los márgenes de los fenómenos, con una mirada oblicua de éstos, ya que el aparato psíquico no se esconde, sino que se muestra a través de sus producciones sintomáticas, delirios, lapsus, sueños, intenciones y actos, pero si se las observa de frente, deslumbran y confunden, del mismo modo que «(...) los ojos del murciélago respecto de la luz del día, así se comporta el entendimiento de nuestra alma respecto de las cosas que, por naturaleza, son las más evidentes de todas»¹⁰⁵.

Del «esfuerzo» por pretender *entender* y *representarse* lo que le pasa al paciente, se desprende un intento de describir procesos complejos y clasificarlos en categorías clínicas bajo el paraguas del sentido común, lejano de cualquier posibilidad de escapar de rotulaciones caprichosas y dañinas. *Representarse* un diagnóstico precipitadamente es caer en la trampa de la comprensión inmediata, trayendo al centro del tratamiento una etiqueta de la que tanto el paciente como su familia pueden echar mano en cualquier momento para justificar, justificarse y postergar cualquier posibilidad de cambio de funcionamiento vincular. Es habitual que los niños que presentan cierta distracción en sus tareas, que en un adulto se consideraría como «normal», o que manifiestan una actividad «descontrolada», sean diagnosticados de TDAH —«trastorno por déficit de atención e hiperactividad»—, denominación que aparece por primera vez en la edición DSM-III. Muchos especialistas sostienen que el trastorno se transmite genéticamente y acuerdan en que la «causa» es neurológica, esto es, consiste en una alteración en los receptores del neurotransmisor dopamina, entre otros. El tratamiento de elección propuesto es el farmacológico, paradójicamente se recurre a psicoestimulantes, es decir, anfetaminas. En ningún momento, bajo este método, se plantea la posibilidad de investigar, por ejemplo, qué lugar ocupa ese niño en la trama vincular y discursiva de sus padres, ante quién o quiénes presenta esa movilidad descontrolada, cuestiones que se desplegarán en este trabajo en el apartado dedicado a las problemáticas en la infancia¹⁰⁶.

¹⁰⁵ ARISTÓTELES, *Metafísica*, Libro II, 993b-10, Gredos, Madrid, 2000, p. 112.

¹⁰⁶ El tratamiento farmacológico de elección en la llamada hiperactividad infantil con o sin déficit de atención es el metilfenidato, una anfetamina sintetizada en Suiza en 1944 por el Dr. Leandro Panizzon y lanzada al mercado en 1954. Este fármaco también es prescripto como medicamento principal o de apoyo en el tratamiento de la narcolepsia, la depresión en los ancianos, la demencia senil, la enfermedad de Alzheimer, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la impaciencia de los miembros, los dolores secundarios en los cánceres, los síncope, los traumatismos craneales, los shocks postanestésicos o bien después de un trasplante de órgano, además de que su ingesta facilita la desconexión de los aparatos auxiliares respiratorios en las unidades de vigilancia intensiva (UVI). Comercializado como *Ritalin* o *Rubifén*, entre sus efectos secundarios, tal como indican los prospectos, se enumeran:

Bajo el paraguas de la *representación*, se suele entender la relación de un concepto con su objeto, localizada en el registro de la memoria y la conciencia, a través de operaciones de rememoración y reconocimiento¹⁰⁷. Similar concepción de representación es la que subyace, por ejemplo, a las evaluaciones académicas con exámenes tipo «test», donde el alumno debe elegir entre varias opciones la respuesta correcta, sin posibilidad de dar cuenta, por medio del despliegue de una escritura, de su trabajo de lectura, estudio e investigación. La *representación* imaginaria de una psicopatología manifiesta su *poder* de captura y su capacidad de juzgar así como su *impotencia* de pensar cualquier *diferencia*, efectuando una operación de cierre que queda atrapada en la dimensión intuitiva del *a priori*, operación propia de la que podríamos llamar una *pseudoclínica de lo homogéneo*. No es una carencia de la *clínica de la diferencia*, como la que propone la teoría psicoanalítica, el no poder sintetizar bajo una etiqueta o rótulo diagnóstico un modo de subjetividad y estar en el mundo. Si no se puede encerrar al paciente bajo un diagnóstico tal como *trastorno de personalidad no especificado*¹⁰⁸ es que no debe hacerse.

Tomemos como ejemplo una producción habitual del psiquismo como es un acto fallido —que en realidad siempre es un acto *logrado* desde lo inconsciente del psiquismo— y que tantas situaciones incómodas genera: el acto fallido es una creación inesperada, no está anticipado en ningún lado, irrumpe y escapa a sus posibles representaciones, no ha sido «presentado» previamente en ningún espacio anterior a su emergencia, ¿de qué manera entonces podrá ser re-presentado, más allá de la gracia o impertinencia que ocasione allí donde acontece?

Simulacros y pseudópodos. Habitamos un mundo donde las imágenes y los objetos abundan, como expresa la temeraria convicción popular en el adagio: «una imagen vale más que mil palabras». La imagen se cotiza en el mercado más que la palabra, desconociendo que el psicoanálisis ha puesto en entredicho tanto la psicología de las facultades como la de la

a. Mareos, somnolencia, dolor de cabeza, pérdida del apetito, náuseas, nerviosismo, dolor de estómago, dificultad para dormir.

b. Reacciones alérgicas severas (erupción cutánea, urticaria, picazón, dificultad para respirar, opresión en el pecho, hinchazón de la boca, cara, labios o lengua, dolor en las articulaciones, manchas rojas de color púrpura o marrón en la piel).

c. Cambios de comportamiento (por ejemplo, la agresión, hostilidad, inquietud).

d. Visión borrosa u otros problemas de visión, dolor de pecho, confusión, orina oscura, desmayos, latido del corazón rápido o irregular, fiebre, escalofríos o dolor de garganta.

e. Alucinaciones, cambios mentales o anímicos (por ejemplo, agitación, ansiedad, depresión, irritabilidad, ataques de pánico, llanto persistente, tristeza inusual), debilidad de un solo lado, convulsiones, mareos severos o persistentes o dolor de cabeza, dificultad para respirar, dificultad para hablar, pensamientos suicidas o intentos, temblor, expresión incontrolada o movimientos de los músculos, coloración amarillenta de los ojos o la piel.

¹⁰⁷ JUAN CARLOS DE BRASI, *La problemática de la subjetividad*, op. cit., pp. 58-59.

¹⁰⁸ El «trastorno de personalidad no especificado» corresponde a la categoría F60.9 en el *DSM-IV*, Masson, Barcelona, 2009.

percepción, para recuperar el valor de la palabra y la escucha. Cuando miramos, ponemos algo en los objetos que miramos y de esta manera los construimos. Recordemos, sin pretender hacer un exhaustivo recorrido por la historia de las teorías de la mirada, aquella que planteaba una visión activa que envía sus extensiones a modo de pseudópodos hasta los objetos para palpar sus cualidades y aprehender sus imágenes y formas, como imaginó Euclides —teoría de la *extromisión*— y la opuesta, la célebre teoría de los simulacros —teoría de la *intromisión*— propuesta por Epicuro, según la cual son los objetos los que emiten delgadas láminas de átomos que fluyen de ellos y entran en nuestros ojos¹⁰⁹. Según esta última, la percepción se realiza gracias a unas finísimas películas que se desprenden de las cosas y que penetran en el alma a través de los sentidos provocando en ellos una representación de las cosas mismas. Epicuro distinguía entre emanaciones (*corpora*) y simulacros (*simulacra*¹¹⁰): la diferencia reside en que las emanaciones, aunque excitan los sentidos, no reproducen la forma de los objetos, cosa que sí hacen los simulacros.

Porque los objetos son capaces de producir en su espacio envolvente emanaciones y fulguraciones de tal clase que reproduzcan sus cavidades y sus superficies, y efluvios que conservan exactamente la disposición y la secuencia inmediata que ofrecen en sus volúmenes sólidos. A estas imágenes las denominamos *simulacros* (eidola) (...) Por tanto, la imagen que captamos proyectivamente con el entendimiento o por medio de órganos sensibles, tanto de la forma como de los accidentes, es la forma misma del sólido, surgida de su volumen de conjunto o bien de algún resto del simulacro¹¹¹.

Al contrario de la teoría de los pseudópodos, que postula para el sujeto percipiente una actitud «activa», la teoría de la «intromisión» plantea que la visión de los objetos del mundo es directa, al modo de un proceso analógico donde el objeto se hace conocer en el simulacro que llega al ojo. Combinando estas dos teorías o metáforas de la percepción visual encontramos que

¹⁰⁹ ALBERTO MANGUEL, *Una historia de la lectura*, Alianza, Madrid, p. 51.

¹¹⁰ El término latino *Simulacra* aparece en el libro de Lucrecio, *De la naturaleza de las cosas*, IV, 34, como traducción de los *eidola* de Epicuro, *Carta a Heródoto*. Según esta teoría, las sensaciones responden a la captación de las imágenes (eidola) formadas por los sutilísimos átomos que se desprenden continuamente de los objetos, y que forman efluvios que llegan hasta nuestro cuerpo, chocando con nuestros órganos de los sentidos, como una especie de ondas que viajan desde los objetos, que desprenden sus capas más externas de aquellos, en un flujo continuo que se mantiene fiel a las dimensiones y tridimensionalidad de los objetos. Las sensaciones no son más que el conjunto de ondas de átomos muy sutiles que reproducen los contornos, dimensiones y características de los objetos de los que proceden, y se adaptan a los órganos de los sentidos, de forma que chocan con sus átomos y producen una reacción subsiguiente capaz de generar una imagen.

¹¹¹ CARLOS GARCÍA GUAL, *Epicuro*, Alianza, Madrid, 1993, «Carta a Heródoto §46-49», pp. 94-95.

(...) según nuestras hipótesis, la percepción no es un proceso puramente pasivo; el yo envía periódicamente al sistema de la percepción pequeñas cargas psíquicas, por medio de las cuales prueba los estímulos exteriores, retrayéndose de nuevo después de cada uno de estos avances de tanteo¹¹².

Para Freud lo percibido se registra en la llamada «huella mnémica»¹¹³ y en la *investidura* o *catexis*¹¹⁴ de esta huella algo pone el objeto —la luz que refleja— y algo pone el perceptor —su mirada, la pulsión escópica—. De esta manera el objeto percibido es producto de una construcción subjetiva. Esta cualidad de la percepción se revela de gran importancia para entender lo que le permite a Freud formular el concepto de *retroacción* —*nachträglich* y *Nachträglichkeit*, retroactivamente y retroactividad— para referirse al hecho de que las experiencias vividas, los recuerdos e impresiones, las huellas mnémicas inconscientes, pueden adquirir, con el paso del tiempo, nuevas significaciones: la posibilidad de *cura* de un sujeto— posibilidad de rectificar o cambiar su posición subjetiva en el mundo—, reside precisamente en esta cualidad de los procesos psíquicos. Nietzsche en su *II Intempestiva*¹¹⁵, ya señala que «sólo desde la fuerza más poderosa del presente se puede interpretar el pasado» y es indudable que Freud en su obra ha tenido esto muy en cuenta, aunque como él mismo advierte, los puntos de convergencia entre la teoría psicoanalítica y el pensamiento nietzscheano no se deben a la previa lectura de Nietzsche.

Esto desmonta la creencia vulgar de que el psicoanálisis concibe la historia del sujeto como determinada *exclusivamente* por la infancia, esto es, desde el pasado. El psicoanálisis no hace uso de ningún determinismo ni causalidad mecanicista. Nada está más lejos del trabajo

¹¹² SIGMUND FREUD, «La negación», *O.C.* p. 2886.

¹¹³ Freud utilizó el concepto de «huella mnémica» para designar la forma en que se inscriben los acontecimientos en la memoria. Dicho concepto difiere de la concepción empirista de *engrama*. El *engrama* se define como una impresión en una región cerebral que reproduce la realidad; la huella mnémica, por definición inconsciente, se inscribe en relación con otras huellas, sin localización fisiológica; las huellas mnémicas, cuando se reactivan, no reproducen algo memorizado, sino que activan un recuerdo que cobra un sentido nuevo en el presente, retornando en una producción del aparato psíquico en el sueño o en un síntoma.

¹¹⁴ Como *investidura* o *catexis* se ha traducido al castellano el término *Besetzung* que Freud utilizó desde sus primeros escritos, *Estudios sobre la histeria* y *Proyecto de una psicología para neurólogos*, ambos fechados en 1895, para referirse a la operación mediante la cual cierta energía psíquica (afecto) se une a una representación psíquica, un objeto o una parte del cuerpo físico. En sus investigaciones sobre la histeria, Freud distingue entre «representación psíquica» y «quantum de afecto», formulando que lo reprimido en las neurosis es la representación psíquica, mientras que el «afecto» es la energía vinculada a ésta, que queda libre de represión; este afecto libre se desplaza pudiendo fijarse a una parte del cuerpo, como sucede en los síntomas de conversión, o a un pensamiento, como ocurre en la obsesión. En el estado de duelo por un objeto perdido, éste queda temporalmente sobrecatectizado (cargado al modo de un campo eléctrico) hasta que es sustituido por otro objeto sobre el que se desplazará y fijará la energía psíquica o afecto. Si dicha energía psíquica queda fijada al objeto perdido, se produce lo que se llama un estado melancólico; véase JEAN LAPLANCHE y JEAN-BERTRAND PONTALIS, *Diccionario de psicoanálisis*, Paidós, Barcelona, 1993.

¹¹⁵ FRIEDRICH NIETZSCHE, *Sobre la utilidad y el perjuicio de la historia para la vida (II Intempestiva)*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1999.

de construcción analítico a través de la palabra, que la extendida creencia del «hábleme de su infancia» a modo de catarsis que permitiría descubrir en las profundidades del alma un trauma que haría mella en el presente. El concepto de retroacción (*après coup*¹¹⁶) rompe con cualquier determinismo lineal y cronológico, ya que no sólo el pasado tiene efecto sobre el presente, sino que fundamentalmente el presente actúa sobre el pasado posibilitando dar nuevo sentido a éste en el marco del dispositivo analítico, esto es, en transferencia, o incluso un «buen encuentro» puede desatascar o dar salida a un sujeto del laberinto en el que se encuentre. El tiempo del psiquismo (inconsciente) no es el tiempo cronológico, ya que el pasado sólo existe en el psiquismo como un conjunto de recuerdos que se reelaboran y reinterpretan. Para el psicoanálisis, la reconstitución de la historia del sujeto no consiste en escribir la secuencia real y lineal de los acontecimientos vividos: «La historia (del sujeto) no es el pasado. La historia es el pasado en cuanto está historizado en el presente»¹¹⁷. Tan sólo así, *resignificado*, el pasado puede reescribirse en el presente.

7. LA PROBLEMÁTICA CAUSALIDAD

La ley de la causalidad como mucho de lo que se da por bueno entre los filósofos, es una reliquia de una época pasada que sobrevive, como la monarquía, porque se supone erróneamente que no hace ningún daño.

Bertrand Russell, *Misticismo y lógica*

La problemática de la causalidad merece un apartado propio en este trabajo debido al modo de entenderse ésta en relación con el estudio de los malestares psíquicos y al papel que desempeña en el uso y abuso de los protocolos de intervención y tratamiento por parte de las instituciones de salud mental. En ese sentido, bajo la sentencia de Russell sobre la supervivencia de la ley de causalidad en nuestra ciencia, se oculta «una advertencia ética y epistemológica»¹¹⁸ que intentaré desplegar.

¹¹⁶ Jacques Lacan emplea la expresión francesa «après coup» como traducción de la alemana «Nachträglichkeit» empleada por Freud, que en la versión inglesa de las obras freudianas de la Standard Edition es traducida como «deferred action» (acción diferida), para referirse al modo en que en el psiquismo los hechos y lecturas del presente afectan a posteriori los acontecimientos pasados. De ahí que el pasado exista, en el psiquismo, como una constelación de recuerdos reelaborados y reinterpretados por la experiencia del presente. La dimensión propia de la temporalidad psíquica y la *sobredeterminación*, más allá de una causalidad lineal en el tiempo y en los hechos, consiste en que las huellas mnémicas adquieren su sentido sólo en un tiempo posterior al de su primera inscripción en el psiquismo, del mismo modo que la última palabra de una oración da sentido a las palabras iniciales de la misma y construye la frase.

¹¹⁷ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro I: Los escritos técnicos de Freud*, Paidós, Buenos Aires, 2001.

¹¹⁸ JUAN CARLOS DE BRASI, «La monarquía causal» en *Escenas Multiplicidad*, op. cit., p. 104.

Cuando un paciente presenta una problemática anímica, es práctica habitual situar la causa de las conductas manifiestas en el propio paciente. En cambio no suele ser habitual que la familia se pregunte si lo que ocurre al miembro «enfermo» pueda tener algo que ver con la modalidad de funcionamiento vincular familiar. En las entrevistas preliminares con los padres y miembros de la familia, se asiste con frecuencia a recriminaciones recíprocas entre los padres, del tipo «la culpa de que el niño esté así es tuya, por haberlo consentido tanto», modo rústico y grosero de atribuir la causa de una problemática vincular a un otro perfectamente identificable. Así mismo es frecuente el caso del médico psiquiatra que atribuye un estado depresivo en un paciente a una bajada de serotonina o un estado que oscila entre la euforia y la melancolía —el llamado trastorno bipolar) a una descompensación del litio en sangre. La misma confusión se observa en algunas campañas de prevención estatales, que tienden a reducir problemáticas complejas (por ejemplo, la anorexia) a una única causa, como la talla de las prendas y vestidos publicitados o el ideal de la modelo de pasarela en huesos. Buscar causas de esa manera es buscar «causantes» y «culpables». Opera del mismo modo el terapeuta que reprocha a un paciente diciéndole que «no pone voluntad en curarse de su enfermedad», mientras éste a lo mejor está atravesando un estado obsesivo en el que no puede soltar una idea atenazante que le impide hacer otra cosa que contar baldosas o lavarse las manos incansablemente. Es ésta una pequeña muestra de causas *encontradas*, tanto en la clínica y en las instituciones, como en la prensa y en la calle: mala crianza materna, escasez de serotonina o litio, la publicidad de las empresas de moda, la falta de «voluntad» del enfermo. En ese sentido ya había advertido Russell¹¹⁹ que ni en ciencias como la astronomía gravitatoria aparece la palabra *causa*.

Esta *monarquía causal* pareciera proponer que conocer o intuir algo de un fenómeno observable implica asignar una causa a cada cosa, emitiendo un pre-juicio desde una ideología de la racionalidad —puesto que una ideología es un conjunto de ideas que tiene respuestas para todo, cerrando de esta manera la posibilidad de descubrimiento y de interrogación. En la clínica, dicha visión impide abordar las problemáticas que presente un paciente desde diferentes perspectivas, y hace que se termine acorralándolo, atrapándolo en un sinsentido que puede terminar llevándolo a un «sanatorio» o a una camisa química. La valoración causalista, encubre lo que Freud vino a mostrarnos, a saber, que el hombre es esencialmente pulsión y deseo, y que la razón, en todo caso, es hija de éstos.

También podemos encontrar una práctica de una pretendida «psicología de las profundidades», como atestiguan explicaciones salvajes del tipo: «... esto que te ocurre tiene

¹¹⁹ BERTRAND RUSSELL, «Sobre la noción de causa» en *Misticismo y lógica*, Edhasa, Barcelona-Buenos Aires, 2010, p. 247.

que ver con la lucha entre tú y tu padre por el amor de tu madre». Se trata de una frase extraída del relato hecho por un adolescente de una intervención que le fue arrojada durante una sesión de «psicoterapia de grupos» en un centro asistencial: arriesgada y sospechosa forma de entender el mito edípico, el cual nada tiene que ver con esa grosera explicación. Interpretar, en psicoanálisis, no es explicar. Querer objetivizar buscando causas a una lucha y un trabajo psíquico que puede hacer o está haciendo un adolescente para construir su lugar en el mundo de la sexualidad y las palabras, es taponar, entorpecer dicho trabajo, en lugar de posibilitarlo. Tal imposición es consecuencia de una impostura del clínico que se coloca en un lugar de saber absoluto sin plantearse siquiera el *para qué* dice al paciente lo que le dice. Toda certeza oprime, decía Pessoa. Interpretaciones salvajes como la dicha a ese adolescente implican desconocer que lo psíquico está *sobredeterminado*, genial descubrimiento freudiano, como podemos observar en la sofisticada e inextricable elaboración de un sueño, un fallido, un chiste. *Sobredeterminado* no significa múltiplemente determinado, como a veces se entiende. No hay múltiples causas que interactúen a las que podamos acceder, o las que podamos enumerar, sino que éstas están entramadas sin un origen o comienzo, ilocalizables en el tiempo y el espacio.

Es habitual también referirse, en la práctica psicoterapéutica o psiquiátrica, a un hecho traumático como desencadenante de una fobia o una inhibición, utilizando una teoría del trauma descartada tempranamente por el propio Freud. Tomemos como ejemplo los atentados de Atocha, donde los servicios asistenciales comunitarios reclamaban para la atención de familiares y viajeros de los trenes siniestrados especialistas en el llamado T.E.P. (trastorno de estrés postraumático), dando por hecho que estas personas padecerían ese trastorno, y a modo de intervención preventiva los sometían a interrogatorios protocolarios sobre la vivencia del suceso para evaluar el grado de «psicopatología» que padecerían o padecían en ese momento. Sabemos de pasajeros que al día siguiente del suceso, más allá del temor o pánico sufrido, volvieron a tomar un tren y continuaron con sus vidas cotidianas. Decenas de psicólogos y asistentes sociales, test en mano, se dedicaban a interrogar a esas personas en las salas de espera hospitalarias o en los improvisados y necesarios centros de atención que se desplegaron, cuando en realidad éstas necesitaban, más allá de la propia y urgente asistencia médica, un apoyo práctico, como ser acompañados a su domicilio, recibir acogida o ayuda para comunicar con sus familiares, antes que responder a un interrogatorio psicopatológico.

Este ejemplo pone de manifiesto que buscar un traumatismo psíquico por el solo hecho de haber experimentado un suceso como el anterior, es pretender predecir lo que va a suceder, a modo de un «causalismo racionalista» que estipula que todo hecho lleva adherida una causa

de forma irrefutable, desembocando en un dogmatismo que subestima la subjetividad, esto es, lo propio de cada sujeto y la insondable decisión de cada uno acerca de qué hacer con lo ocurrido o sufrido. Se encuentra en las cosas tan sólo aquello que antes se ha escondido en ellas, como deberían saber aquellos terapeutas que, como se están especializando en las llamadas psicosis, tiene la impresión de que a sus consultas sólo llegan pacientes psicóticos: causa «significa aquello que hace que en el resultado algo resulte de tal o cual manera, con lo cual la causalidad seguirá estando en la oscuridad y seguirá careciendo de fundamento»¹²⁰.

El confundir la consecuencia con la causa, Nietzsche lo definió como el primer gran error, una «auténtica corrupción de la razón»:

No hay error más peligroso que *confundir la consecuencia con la causa*: yo lo llamo la auténtica corrupción de la razón. Sin embargo, ese error es uno de los hábitos más viejos y más jóvenes de la humanidad: entre nosotros está incluso santificado, lleva el nombre de «religión», de «moral». *Toda* tesis formulada por la religión y la moral lo contiene; los sacerdotes y los legisladores morales son los autores de esa corrupción de la razón. Voy a aducir un ejemplo: todo el mundo conoce el libro del famoso Cornaro, en el que éste recomienda su escasa dieta como receta para una vida larga y feliz -también virtuosa. Pocos libros han sido tan leídos, todavía hoy se lo imprime anualmente en Inglaterra en muchos miles de ejemplares. Yo no dudo de que es difícil que un libro (exceptuada, como es obvio, la Biblia) haya causado tanto daño, haya *acortado* tantas vidas como esta curiosa obra, tan bien intencionada. Razón de eso: la confusión de la consecuencia con la causa. Aquel probo italiano veía en su dieta la causa de su larga vida: cuando en realidad la condición previa de una vida larga, la lentitud extraordinaria del metabolismo, el gasto exiguo, era su escasa dieta. Él no era libre de comer poco o mucho, su frugalidad *no* era una «voluntad libre»: se ponía enfermo cuando comía más. Pero, a quien no sea una carpa no sólo le viene bien comer *normalmente*, sino que le es necesario. Un docto de *nuestros días*, con rápido desgaste de fuerza nerviosa, se arruinaría con el *régime* (régimen) de Cornaro. *Crede experto* (cree al que lo ha experimentado)¹²¹.

El segundo gran error que señala Nietzsche es el de atribuir a un acontecimiento dado una *causalidad falsa*, esto es, la creencia en los «hechos internos», que nadie pudo demostrar jamás que fueran hechos, como los de la *voluntad*, el *espíritu*, el *yo*. Nietzsche resalta que ese supuesto «mundo interno» está lleno de fantasmas y de fuegos fatuos, la voluntad es uno de ellos: la voluntad, nos dice, no mueve nada y tampoco aclara nada. A menudo, los fenómenos

¹²⁰ MARTIN HEIDEGGER, «La pregunta por la técnica» en *Conferencias y artículos*, Ediciones del Serbal, Barcelona, 1994, p. 11.

¹²¹ NIETZSCHE, FRIEDRICH, «Los cuatro grandes errores» en *Crepúsculo de los ídolos*, Alianza, Madrid, 2002.

superficiales de la percepción de la conciencia encubren los antecedentes —«estoy deprimido», es lo que percibo y digo—, como manifestó un paciente en tratamiento con antidepresivos que durante algunos días olvidó tomar la medicación prescrita realizando normalmente sus tareas cotidianas y en el momento de darse cuenta del «olvido» volvió a «deprimirse».

El tercer error señalado por Nietzsche es el de las causas imaginarias. Buscar causas a cada fenómeno, a cada acto o situación, es un esfuerzo para reducir lo desconocido a lo familiar en un intento de aliviar y tranquilizar la conciencia, obteniendo de este modo una cierta sensación de poder sobre la realidad. En este trabajo no se pretende agotar todas las implicaciones y sombras que genera la problemática de la causalidad, problemática que constituye uno de los obstáculos lógico-epistemológicos centrales de las ciencias, sólo nos limitamos a considerar los desvíos y desvaríos a los que esta forma de concebir los fenómenos puede conducirnos cuando se aplica a las ciencias del espíritu, creyendo que así se desoculta y desentraña algo que es inextricable para la razón: el *deseo humano*.

EL SÍNTOMA Y SU SIGNIFICACIÓN

El síntoma es en sí mismo, de lado a lado, significación, es decir verdad, verdad que toma forma.

Jacques Lacan

Grecia sigue siendo el sueño, y todo nuevo arranque del pensar vive en ella.

Martin Heidegger¹²²

1. LA CUESTIÓN DEL SÍNTOMA: MALENTENDIDOS Y VELADURAS.

La teoría psicoanalítica es indisociable de la práctica clínica. Esta obviedad no siempre es tenida en consideración. El psicoanálisis es una ciencia conjetural con un método de observación y estudio minucioso de la vida psíquica del ser humano en todas sus manifestaciones. No es un método en sí mismo ni un instrumento para aplicar a otros campos que no sean los propios de su objeto. No hay un «psicoanálisis aplicado», aunque nos encontramos a diario con temerarios artículos de «expertos» en interpretación «psicoanalítica» de películas de cine, obras de teatro o de literatura. La divulgación de una ciencia es probablemente necesaria ya que es parte de la cultura, lo que no es necesaria es su vulgarización, que conduce a un pretendido entendimiento que falsea la teoría: este trabajo es sobrevolado permanentemente por este dilema. Cuando un analista —o en su caso, un acompañante terapéutico dirigido por aquél— cree «entender» a un paciente, traduciendo lo que dice, corre un riesgo de desvío en su labor. El hecho de que el fundamento mismo del discurso interhumano es el malentendido debe alertarnos de que el significado de una demanda explicitada por un paciente o una frase dicha por éste no es obvio. Así como el que alguien pida algo no significa realmente que quiera que se lo den, los pacientes y sus familiares no llegan necesariamente a una entrevista e inician un tratamiento con un deseo genuino de cambiar, es decir, resolver un malestar o mitigar una particular sintomatología, pese a expresar lo contrario. Evidentemente en la vida cotidiana deseamos frecuentemente que los demás nos comprendan, incluso con un breve gesto o una mirada, sin tener que dar arduas explicaciones. Pero en la relación analítica emergen claros indicios de que este aparente deseo no es así siempre. El hecho de que un paciente relate su malestar y las particularidades de sus

¹²² MARTIN HEIDEGGER, *Estancias*, Pre-Textos, Madrid, 1999, p. 59.

síntomas, no implica que en realidad quiera resolverlos o liberarse de ellos tal como manifiesta.

Los enfermos cuya curación emprendemos intentando libertarlos de sus síntomas oponen siempre a nuestra labor terapéutica, y a través de toda la duración del tratamiento, una enérgica y tenaz resistencia (...) Tanto para él [el paciente, NdR] como para los que le rodean tiene que resultar ridículamente inverosímil la idea de que pueda haber alguien que, atormentado por determinados síntomas y dispuesto a toda clase de sacrificios con tal de verlos desaparecer, se coloque, no obstante, al lado de su enfermedad y en contra de aquellos que acuden a librarle de ella¹²³.

Freud, advertido de una de las muchas objeciones de las que fue y es objeto el psicoanálisis, entre ellas el que no cumpla con los criterios de falsación que permitan considerarlo una ciencia, responde a la crítica que un científico realizó a la técnica psicoanalítica afirmando que una interpretación del analista siempre sería cierta, sea correcta o no:

(...) al proporcionar interpretaciones a un paciente lo tratamos según el famoso principio de *Heads I win, tails you lose* [si es cara gano yo; si es cruz, pierde usted]. Es decir, si el paciente está de acuerdo con nosotros, la interpretación es acertada; si nos contradice, es un signo de su resistencia, lo cual demuestra también que estamos en lo cierto. De este modo siempre tenemos razón frente al pobre diablo inerme al que estamos analizando, independientemente de lo que responda a lo que le presentamos¹²⁴.

La interpretación del analista es una propuesta de construcción, no una afirmación a verificar. El psiquismo no es un algoritmo, lo cual no quita que los algoritmos puedan ser empleados en la teoría psicoanalítica, a fin de formalizar su transmisión, como lo intentó Lacan, pero sin pretender establecer operadores lógicos universales. El paciente, como hemos señalado, «goza» de sus síntomas, por tanto, pese a lo que diga, en general, una parte de su psiquismo no desea renunciar a ellos. Y esto puede verse demostrado de diversos modos, entre ellos la búsqueda de una excusa para abandonar el análisis. El analizante, y en ocasiones el analista, no quiere saber nada de sus propios mecanismos neuróticos. Por ello es condición necesaria el propio análisis del terapeuta, para que sea su deseo como tal el impulsor del

¹²³ SIGMUND FREUD, «Lección XXIII. Resistencia y represión» en «Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 2345.

¹²⁴ ÍDEM, «Construcciones en psicoanálisis», p. 3364.

análisis. Es fundamental que este deseo apunte a la función de analista y no a un deseo personal en relación al analizante: sabemos que el deseo del analizante decaerá una y otra vez, por tanto es el deseo del analista, en su función, el que sostendrá el análisis. Esta función de sostén del análisis no implica bajo ningún punto de vista forzar al paciente, ni ocupar una posición de dominio frente a él, sino preservar, en todo caso, la posición de analista. Dicha función de sostén consiste, en cambio, en enviar una invitación sutil de puertas abiertas a que el analizante ponga en palabras sus pensamientos, sueños, temores, fantasías y proyectos, pero sabiendo que será él quien en definitiva decidirá si desea hacerlo.

Del mismo modo que el significado de las frases o demanda que exprese un paciente nunca es obvio, tampoco lo es el sentido o significado de los síntomas que presente. El descubrimiento del psicoanálisis es que cada síntoma tiene un sentido en relación con la vida psíquica del sujeto. De este modo, el trabajo analítico propone abrir líneas de exploración con el material que el analizante aporta, para vincular dichos síntomas con su historia, su modo de estar en el mundo, sus deseos, sus decisiones y fundamentalmente con el futuro, explorando *con* el paciente el *cómo* y el *para qué* el síntoma puede paralizar cualquier proyecto de vida, de trabajo. Vincular un síntoma con la historia personal de un sujeto no implica reducir su sufrimiento a una novela cuya trama sea «esto que le ocurre ahora tiene que ver con la relación con su padre», sino generar la escritura de un nuevo guión que apunte hacia el futuro, desde donde, por añadidura, se reescribirá el pasado. Remitir al analizante a *su* pasado como método de exploración y determinación del «origen» del malestar actual —¿«cuánto tiempo estuvo Ud. ingresado en el psiquiátrico?, ¿cuánto hace que dejó de tomar drogas?, ¿qué ocurrió en su vida justo antes de comenzar a drogarse?»—, es partir de la creencia de que el futuro estaba ya escrito en un acontecimiento del pasado a modo de destino. La creencia de poder encontrar un origen que ya no está y que en general nunca estuvo, se sostiene en la idea de un tiempo psíquico cronológico concebido como una sucesión de causas y efectos, cuando la temporalidad del psiquismo, como observamos en los sueños, esto es, su tiempo lógico, escapa a cualquier intento de ser llevada a un calendario.

Para el profano son los síntomas lo que constituye la esencia de la enfermedad, y, por tanto, la considerará curada en el momento en que los mismos desaparecen. En cambio, el médico [analista] establece una precisa distinción entre ambos conceptos y pretende que la desaparición de los síntomas no significa, en modo alguno, la curación de la enfermedad¹²⁵.

¹²⁵ ÍDEM, «Lección XXIII. Vías de formación de síntomas», en «Lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 2345.

Por tanto, afirma Freud que después de la desaparición de un síntoma queda tan sólo la facultad de formar otros nuevos. El síntoma es una *formación de compromiso* que altera una función o produce un nuevo modo de funcionamiento, con consecuencias limitantes o devastadoras para el sujeto que lo padece, como son los síntomas que presenta una neurosis de angustia, una fobia, un duelo patológico, etc. Lo que es inadmisibile para la conciencia, como puede ser un deseo sexual o profesional legítimo, es reprimido y no dejará de pulsar para ser admitido en ésta. Para ello lo reprimido adopta un nuevo modo de expresarse retornando ya sea en un síntoma, un sueño, un chiste, un fallido, etc. De este modo las representaciones reprimidas, desligadas ya de su afecto, son deformadas por las defensas del *yo* para poder manifestarse. En la formación del síntoma se produce una transacción, un compromiso entre el deseo inconsciente y las exigencias defensivas del *yo*.

De los síntomas neuróticos sabemos que son efecto de un conflicto surgido en derredor de un nuevo modo de satisfacción de la libido. Las dos fuerzas opuestas se reúnen de nuevo en el síntoma, reconciliándose, por decirlo así, mediante la transacción constituida por la formación de síntomas, siendo esta doble sustentación de los mismos lo que explica su capacidad de resistencia¹²⁶.

Freud viene a decir que la transacción o pacto entre estas dos fuerzas, a saber, el deseo inconsciente y las defensas *yoicas*, permite el sostenimiento del síntoma. El sentido de los síntomas neuróticos, como el propio Freud reconoce, fue planteado por Josef Breuer¹²⁷ mediante el estudio de un caso de histeria e independientemente por Pierre Janet, pero fue Freud quien profundizó y trabajó esta tesis, dedicando fina atención a la forma aparente de los síntomas pero fundamentalmente a su contenido. El síntoma, una afirmación inconsciente que se presenta refractaria a la intención del sujeto de impedirlo o cambiarlo, suele ser vivido con extrañeza y malestar, a menos que el sujeto llegue a identificarse con y a través de él, pasando así el síntoma a formar parte de su «carácter», dejando así de ocasionarle molestias a pesar de que por lo general se las ocasione a sus cercanos. El síntoma, que encierra paradójicamente

¹²⁶ IBÍDEM, p. 2346.

¹²⁷ Breuer, fisiólogo y psicólogo vienés (1842-1925), fue también descubridor junto con Ernst Mach de la función del oído en la regulación del equilibrio, así como del mecanismo de la regulación térmica del cuerpo a través de la respiración. Aportó el método catártico para el tratamiento de los padecimientos de la histeria, precursor del método psicoanalítico. En 1877 conoce a Sigmund Freud, que era uno de sus alumnos, y entre los dos se establece una estrecha relación de amistad y trabajo que durará hasta 1895. A partir del tratamiento de Anna O. (cuyo nombre era Bertha Pappenheim), Breuer comienza sus primeras investigaciones sobre la histeria. Inicialmente inducía a la paciente a un estado hipnótico que posibilitara la rememoración de acontecimientos previos a la aparición de los síntomas histéricos para la disolución de los mismos. Posteriormente, y ante las dificultades y afectos transferenciales que emergieron en el tratamiento, tanto en la paciente como, fundamentalmente, en Breuer, éste decide derivar el caso a Freud. Véase *Estudios sobre la histeria*, O.C., p. 39.

una satisfacción, es una metáfora del modo que tiene un sujeto de estar en el mundo y no un simple signo de enfermedad o una conducta mal aprendida: el síntoma, al igual que un sueño, es un cumplimiento de deseos inconscientes; las interpretaciones analíticas abrirán, si son pertinentes, la posibilidad a que surjan interrogantes por el deseo que lo funda.

Al referirse a la construcción del aparato psíquico y sus contenidos, fundamentalmente al deseo inconsciente y a las fantasías asociadas a él, Freud utiliza el concepto de *realidad psíquica*. Esta realidad adquiere para el sujeto valor de verdad independientemente de lo que ocurra en la realidad material del mundo. Las fantasías de un sujeto «(...) poseen, pues, una realidad *psíquica* en contraste con la realidad *material*, y poco a poco vamos llegando a comprender que *en el mundo de las neurosis la realidad que desempeña el papel predominante es la realidad psíquica*»¹²⁸. De este modo, los síntomas que construye un sujeto se basan en la realidad psíquica que él mismo ha construido. Un delirio, una fobia, un sentimiento de culpabilidad sin motivo aparente, responden a dicha realidad, que es propia de cada sujeto y como tal debe ser considerada en un trabajo de «cura» analítico, para evitar intervenciones «terapéuticas» explicativas que pretendan «convencer» a un paciente de que las cosas no son como él las plantea. Poner a un paciente «anoréxico» frente a un espejo o intentar desmentir un delirio u obsesión en otro, son prácticas que no tienen ningún valor clínico, bajo ningún aspecto.

El concepto de *realidad psíquica* no remite a explicaciones causales que den cuenta de las diferentes producciones del aparato psíquico. De este modo, una interpretación del analista, intervención que se halla en el núcleo de la disciplina y técnica psicoanalítica, no es una explicación causal como en ocasiones se la malinterpreta, sino una invitación a la construcción por parte del analizante de un modo de estar y ver el mundo de un modo diferente. La *realidad psíquica*, que designa el deseo inconsciente y la fantasía ligada al mismo, no sólo no tiene en cuenta la realidad material exterior, sino que sustituye a ésta. Las producciones del aparato psíquico, como por ejemplo un sueño, están *sobredeterminadas*¹²⁹, estructuradas como un lenguaje, constituidas por deslizamientos y superposiciones de sentido y jamás son el signo unívoco de un contenido inconsciente único¹³⁰. En el caso de un síntoma,

¹²⁸ IBÍDEM, p. 2352-53.

¹²⁹ *Sobredeterminación* es un concepto de la teoría psicoanalítica, que refiere a las formaciones del inconsciente —un síntoma, un sueño, un lapsus, etc.—, las cuales, a su vez, remiten a una pluralidad de factores determinantes, que se organizan en secuencias significativas diferentes, que no responden a una lógica unidimensional que pueda localizar la causa de dichas formaciones en un elemento en concreto o en múltiples causas.

¹³⁰ «La eliminación de los síntomas patológicos no se persigue como meta especial, sino que se obtiene, digamos, como una ganancia colateral si el análisis se ejerce de acuerdo con las reglas. El analista respeta la especificidad del paciente, no procura remodelarlo según sus ideales personales —los del médico—, y se alegra

éste opera a modo de una satisfacción sustitutiva, como puede vislumbrarse a través del *beneficio secundario de la enfermedad*. En los accesos y síntomas histéricos —caracterizados por demandas interminables a los más cercanos, caprichosas e imposible de ser satisfechas—, obsesivos —en los que se manifiestan sentimientos de culpabilidad injustificados—, fóbicos, etc., el mundo real pasa a un segundo plano: el interés por lo cotidiano y los semejantes suele ser insignificante o, por el contrario, toma un valor desmedido. Paradójicamente los síntomas se presentan revestidos por una envoltura libidinosa, como se observa en aquellos casos en los que el paciente a través de una queja persistente de su padecimiento pareciera que se recreara o gozara en su sufrimiento, quejándose siempre de lo mismo y sin operar para que algo cambie o mejore, quedándose fijado a aquello de lo que se queja: la queja, por lo general, es una acción cuya finalidad es evitar la acción¹³¹.

2. AUTOESTIMA Y CONEXIÓN NECESARIA: DE KANT A HUME.

La gran ventaja de las ciencias matemáticas sobre las morales consiste en lo siguiente: las ideas de las primeras, al ser sensibles, son siempre claras y precisas; la más mínima diferencia entre ellas es inmediatamente perceptible (...) jamás se confunde un óvalo con un círculo. El isósceles y el escaleno se caracterizan por límites más precisos que los de vicio y virtud, bien y mal. (...) Pero los sentimientos más elevados de la mente, las operaciones del entendimiento, las diversas agitaciones de las pasiones, fácilmente se nos escapan cuando la reflexión los examina¹³².

David Hume, *Investigación sobre el conocimiento humano*

Antes de Freud, no había una teoría del psiquismo. Hasta ese momento la filosofía trabajó desde diferentes perspectivas una teoría de la psique humana (alma), esto es, una teoría de la razón. Tampoco la psicología ni la psiquiatría tienen una teoría del psiquismo: ambas remiten a un *modelo del comportamiento* y de la *personalidad* suministrando una explicación técnica para dar cuenta de las diferentes conductas y enmarcarlas en una psicopatología. Estas disciplinas presuponen, como ya hemos destacado, una relación directa entre causa y efecto, postulando que cada conducta responde a una causa y que, suprimida o modificada ésta, la conducta retomará los cauces previstos. En su *Ensayo sobre el pensamiento sutil*, De Brasi pone a trabajar la idea de *conexión necesaria* entre una causa y en efecto elaborada por

cuando puede ahorrarse consejos y despertar en cambio la iniciativa del analizado», en SIGMUND FREUD, *Dos artículos de enciclopedia: psicoanálisis y teoría de la libido*, O. C., p. 2672.

¹³¹ JUAN CARLOS DE BRASI, *La problemática de la subjetividad*, op. cit., p. 146.

¹³² DAVID HUME, op. cit., p. 94.

Hume¹³³. El pensador inglés, aún reconociendo a la idea de causalidad una utilidad práctica inmediata, afirma que la conexión entre un efecto y «su» causa sólo se siente en la mente del observador: «esa transición de la representación (*imagination*) de un objeto a su acompañante habitual, es el sentimiento o impresión a partir del cual se forma la idea de poder o de conexión necesaria»¹³⁴. En todo caso, afirma Hume, hay una «conjunción», no una conexión. La representación de una relación causal responde a necesidades «científicas», a la vez que «satisface sus ilusiones de explicaciones globales acerca del mundo y sus circunstancias»¹³⁵. Como destaca Heidegger en un ensayo célebre, el hombre, como sujeto representador, fantasea, es decir, se mueve en lo imaginario, en la medida en que «su capacidad de representación imagina lo ente como aquello objetivo dentro del mundo como imagen»¹³⁶. De esta manera «lo incalculable pasa a ser la sombra de lo invisible proyectada siempre alrededor de las cosas, cuando el hombre se ha convertido en *subjetum* y el mundo en imagen»¹³⁷. Por medio de esta sombra, el mundo moderno se sitúa a sí mismo en un espacio que escapa a la representación y de este modo le presta a lo incalculable su propia determinabilidad y su carácter históricamente único donde «lo ente aparece, pero se muestra como algo diferente de lo que es»¹³⁸.

La crítica sobre los excesos de aplicación de la idea de «conexión necesaria» desplegada por Hume, que pone en cuestión la idea de causalidad —a la que podemos considerar como la contracara del concepto psicoanalítico de *sobredeterminación*—, nos pone en alerta para no caer en los territorios pantanosos de las *monarquías causales*, territorios simplificados de las «ideologías, de los quehaceres y de los saberes profesionales»¹³⁹. Ciertas prácticas psicoterapéuticas que no contemplan estas consideraciones, simplifican los malestares de los pacientes mediante un modo de «ver» donde el ver pasa a ser un «pre-ver», de imaginar lo que se espera ver. Como ya hemos destacado, no hay sorpresa en el ver, puesto que está relacionado con el re-conocer. Hume dice que a través de la contigüidad repetida en la memoria de dos impresiones la mente pasa ilegítimamente de una «conexión constante» entre un objeto A (causa) con uno B (efecto) a una «conexión necesaria» y la confunde al creerla causal e inevitable debido a la contigüidad y la sucesión, mientras que en realidad lo que

¹³³ JUAN CARLOS DE BRASI, *Ensayo sobre el pensamiento sutil*, EPBCN Ediciones, Barcelona, 2010, pp. 123-134.

¹³⁴ DAVID HUME, *op. cit.*, p. 110.

¹³⁵ JUAN CARLOS DE BRASI, *Ensayo sobre el pensamiento sutil*, *op. cit.*, p. 222.

¹³⁶ MARTIN HEIDEGGER, «La época de la imagen en el mundo» en *Caminos de bosque*, Alianza, Madrid, 2000, p. 86.

¹³⁷ IBÍDEM, p. 78.

¹³⁸ MARTIN HEIDEGGER, «El origen de la obra de arte» en *Caminos de bosque*, Alianza, Madrid, 2000, p. 38.

¹³⁹ JUAN CARLOS DE BRASI, *Subjetividad, grupalidad, identificaciones*, *op. cit.*, p. 117.

ocasiona la impresión de causalidad es una mera creencia, basada en la observación del fenómeno.

Hume insiste en que cuando miramos los objetos externos y examinamos la acción de las causas nunca podemos descubrir de una sola vez poder o conexión necesaria entre ellos, ni ninguna cualidad que ligue el efecto a la causa, sino que la única cosa que observamos es que uno sigue a la otra¹⁴⁰. Este postulado radical puede parecer radical si se lo aplica a la mecánica analítica y los sistemas materiales inerciales. Sin embargo, rechazar la teoría de la causalidad no implica negar la existencia de una «causación», como llamó Lacan a la producción del sujeto. Lo que se critica, por tanto, la extrapolación abusiva de una idea mecánica o física de causalidad a un campo (el psiquismo) que es regido por otras leyes. Hegel llegó aun más lejos en esta crítica al afirmar que «es inadmisibles la aplicación de la relación de causalidad a las relaciones de la vida físico-orgánica y de la espiritual»¹⁴¹. Extrapolar la relación de causalidad a la práctica clínica implica una operación de «asociación mental» que da como resultado una atribución «psicopatológica» que responde a un esquema como éste:

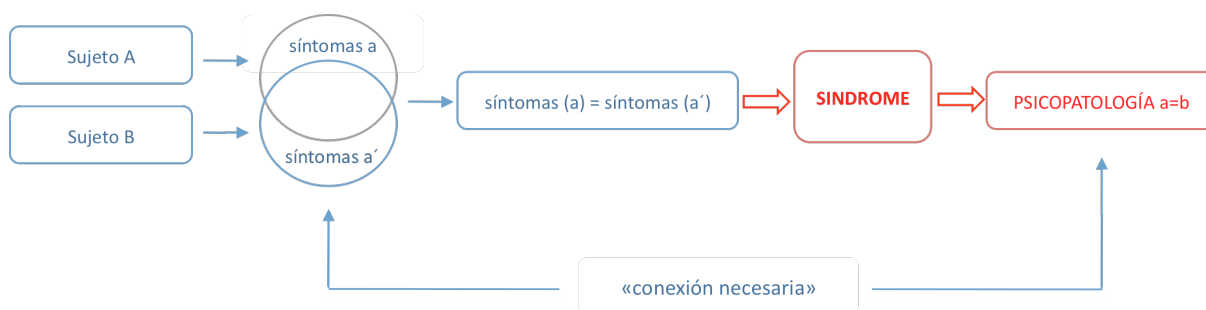


Figura 2. Atribución psicopatológica.

Otro término repetido hasta la saciedad, en las suplementos dominicales, en los volúmenes, que no libros, de autoayuda, en los test de los centros de salud mental, en las escuelas, en las instituciones, en el habla cotidiana, es el de *autoestima*. Sentencias del estilo: «Ud. se encuentra en posición de inferioridad en relación a su pareja debido a su baja autoestima», delatan el uso de un término artificioso como «causa» de un vínculo insatisfactorio. El paciente confundido ante tal afirmación se pregunta: «De acuerdo, mi autoestima es baja, pero ¿cómo la subo?», «Ud. tiene que hacer cosas que le satisfagan» dice el terapeuta dirigiendo su sentencia al *yo* del sujeto: pero si lo que hace el paciente es

¹⁴⁰ Ver el ejemplo propuesto por Hume en el capítulo 1 de este mismo trabajo, «Dimensiones de la subjetividad: usos, abusos, opiniones», p. 24.

¹⁴¹ GEORG WILHELM FRIEDRICH HEGEL, *Ciencia de la lógica, 2ª Parte*, Ediciones Solar, Buenos Aires, 1968, p. 231.

mantener una relación insatisfactoria y lleva años haciéndolo, ¿no será que esa relación es lo que «satisface» algún territorio de sus deseos inconscientes? Aconsejar a un paciente, cuando de una problemática anímica se trata, es práctica común, pero para recibir un consejo no es necesario que el paciente acuda a un profesional, le valdría consultar a un amigo o dirigirse a uno de esos programas de radio para que otro oyente o el propio locutor del programa, sin formación adecuada, arriesgue algo del estilo: «Ud. lo que tiene que hacer es dejar a su marido». Hablar de «autoestima» en estos términos, considerando de ese modo al individuo como referenciado a sí mismo, fuera de los vínculos con los demás, es desentenderse de los fundamentos de la ilustración:

El conjunto de todas las inclinaciones (que bien pueden verse sistematizadas y cuya satisfacción se denomina entonces “felicidad propia”) constituye el egoísmo (solipsismus). Éste supone o bien el amor propio, esa benevolencia consigo mismo (philautia) que pasa por encima de todo, o bien la complacencia con uno mismo (arrogantia). El primero se llama propiamente “amor propio” y el segundo “vanidad”. La razón pura práctica sólo causa quebranto a ese amor propio que nace dentro de nosotros con anterioridad a la ley moral, en tanto que lo circunscribe a la condición de concordar con dicha ley, recibiendo entonces el nombre de amor propio racional. Pero lo que se ve completamente abatido por ella es la vanidad, en tanto que todas las pretensiones de autoestima que precedan al acuerdo con la ley moral quedan desautorizadas y anuladas (...) La propensión hacia la autoestima es una de aquellas inclinaciones que se ven quebrantadas por la ley moral, en la medida en que pivote únicamente sobre la sensibilidad¹⁴²

Para decirlo con un ejemplo de la vida cotidiana: ¿quién no ha viajado alguna vez en un taxi, en un autobús o con un amigo con «autoestima alta» como conductor, y al percatarse que éste conduce el vehículo por las aceras o no mira los espejos retrovisores, no terminó aferrándose a los pasamanos del vehículo, aterrorizado por semejante demostración de «autoestima»? Observamos a menudo la atribución a la «autoestima baja» de un paciente como causa de un estado depresivo. Vemos de este modo como la idea de «autoestima» como *causa* de un estado anímico pretende cerrar un diagnóstico sin más, buena muestra de los excesos de la implementación de la idea de «conexión necesaria»¹⁴³. La idea de causalidad opera de forma salvaje en las neurociencias, donde se aprecia un trabajo incansable de búsqueda del gen o neurotransmisor origen-causa de una patología definida previamente de forma arbitraria: como ejemplos tenemos la búsqueda de genes origen de la hiperactividad, de la ludopatía, del alcoholismo, de la esquizofrenia, etc. En el presente trabajo no se plantea una

¹⁴² INMANUEL KANT, *Crítica de la razón práctica*, Alianza, Madrid, 1998, p. 162.

¹⁴³ JUAN CARLOS DE BRASI, *Ensayo sobre el pensamiento sutil*, op. cit., p. 221.

paralización de estas investigaciones: la ciencia debe llegar, y es su mandato, hasta donde pueda, pero sin emitir veredictos precipitados apoyándose en teorías cuya validez aún no ha sido demostrada. Mientras tanto, la función de las disciplinas conjeturales consiste en abrir las preguntas, sin arrinconar a los pacientes en una etiqueta diagnóstica ni difundir mensajes esperanzadores de que hay un fármaco o técnica protocolaria para resolver cualquier malestar. El psiquismo no es un órgano ni reside en un tejido o en una zona cerebral definida, el psiquismo se construye y deconstruye permanentemente en palabras. Por lo pronto, podrá hacerse una aproximación para determinar, por ejemplo, el comienzo de una fobia, especulación que ni siquiera es necesaria, pero nunca se podrá aislar su origen ni causa, como habitualmente se considera en las prácticas «psi» al asociarla a un supuesto acontecimiento traumatizante.

3. SÍNTOMA Y DESTINO

El psicoanálisis no es ni una *Weltanschauung*, ni una filosofía que pretende dar la clave del universo. Está gobernado por un objetivo particular, históricamente definido por la elaboración de la noción de sujeto. Plantea esta noción de una nueva manera, conduciendo al sujeto a su dependencia significante.

Jacques Lacan, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*

Se observa un cierto delirio evaluativo en los diferentes campos del orden social, delirio que, trasladado a la práctica psiquiátrica, intenta extrapolar la lógica de las ciencias exactas al dominio de las ciencias humanas conjeturales, mediante un procedimiento parecido al de aquella enciclopedia china descrita por Borges que no duda en clasificar los animales en: «pertenecientes al emperador; embalsamados; amaestrados; lechones; sirenas; fabulosos; perros sueltos; animales incluidos en esta clasificación; animales que se agitan como locos; innumerables; dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello; etcétera; que acaban de romper un jarrón; que de lejos parecen moscas»¹⁴⁴. Estos esfuerzos clasificatorios no contemplan lo refractario de la subjetividad al campo de la evaluación. La operación de rotulación viene a cumplir una función *exorcizante* de la angustia del propio agente evaluador, cayendo estos intentos en una aporía debido a la exclusión del sujeto del inconsciente, cuyo malestar se intenta resolver y ubicar recurriendo por ejemplo al constructo psicológico de «personalidad». Una vez catalogada la «personalidad», se empuja al paciente a hacer del

¹⁴⁴ JORGE LUIS BORGES, «El idioma analítico de John Wilkins» en *Otras Inquisiciones*, Alianza, Madrid, 1989.

trastorno un estilo de vida, un modo de goce, y en ocasiones se termina acercando tanto al paciente como a sus familiares a instituciones y asociaciones reclutadoras de víctimas.

Insistimos una vez más, que cuando el Estado y las instituciones, sean éstas públicas o privadas, hablan de «salud mental», cierran filas en torno a una política de normalización de los individuos, una política de control y orden. La idea de salud mental parece estar al servicio del mantenimiento de un orden público para que los «individuos» funcionen dentro del mismo, instrumentando tratamientos estándares y protocolos de evaluación, intervención e internamiento. Parece no haber posibilidad de un debate verdaderamente científico y ético sobre el malestar en la cultura. Obviando esto, la O.M.S. propone, como hemos señalado anteriormente, una definición de cierre al postular un «bienestar bio-psico-social» válido para todos los ciudadanos, que puede medirse mediante cuestionarios, escalas de percepción y test verdadero-falso, todos ellos consensuados y contruidos «empíricamente» por diversos comités científicos. Si un individuo, esto es, no un sujeto¹⁴⁵, presenta una desviación de la norma en algunas de dichas escalas, se recurre a una clínica basada en la medicación, ante la cual el paciente suele rendirse, incluso gustosamente, puesto que delega en el médico y en el fármaco la posibilidad de curación sin tener que implicarse en su malestar ni trabajar por resolverlo o descifrarlo. Tomemos como ejemplo uno de los psicofármacos más recurridos, la imipramina, un antidepresivo que se utiliza desde los años cincuenta, cuyos efectos secundarios tal como reflejan los prospectos pueden ser:

- Menos comunes: Visión borrosa; confusión o delirio; estreñimiento (especialmente en los ancianos); capacidad sexual disminuida; dolor del ojo; desmayo; latidos rápidos o irregulares; alucinaciones; pérdida del control del equilibrio; cara tipo máscara; nerviosismo o inquietud; problemas al orinar; temblor o estremecimiento; arrastre de los pies al caminar; movimientos retardados; brazos o piernas rígidas; problemas al hablar o al tragar.
- Raros: Ansiedad; senos agrandados (en los varones y las mujeres); pérdida del pelo; secreción no apropiada de leche (en las mujeres); aumento de la sensibilidad a la luz del sol; irritabilidad; contracción de los músculos; manchas rojas o amorronadas en la piel; tintineo, zumbido u otros ruidos inexplicables en los oídos; convulsiones; salpullido o comezón; fiebre

¹⁴⁵ Aunque el concepto de sujeto está implícito en toda la obra de Freud, es a partir de Lacan cuando toma una dimensión fundamental en la teoría psicoanalítica, al establecer una distinción capital entre *sujeto* y *yo* o individuo. El *yo* forma parte del orden de lo *imaginario*, reducido al recipiente de la «personalidad» como un conjunto de cualidades o propiedades, mientras que el *sujeto* es parte esencial del orden *simbólico*; el *sujeto* en Lacan, es fundamentalmente el *sujeto del inconsciente*, más allá del *cogito* que implica aquellos aspectos del ser humano que no pueden objetivarse. El *sujeto* se origina en la sujeción al significante y, por ende, al inconsciente. Es en el *Otro* (el lenguaje) donde el *sujeto* va a constituirse como un significante más dentro de la cadena simbólica. El universo simbólico, esencial para la humanización, determina la aparición del inconsciente estructurado como un lenguaje. El sujeto, en todo caso, puede ser reconocido en las formaciones del inconsciente, esto es, en los síntomas, fallidos, sueños, olvidos, chistes, etc.

o dolor de garganta; hinchazón de la cara o lengua; hinchazón de los testículos; problemas con los dientes o encías; debilidad; ojos o piel amarillos.

- Más comunes: Mareos; sueño; boca seca; dolor de cabeza; aumento del apetito (puede incluir el deseo por comer dulces); náuseas; cansancio o debilidad (leve); sabor desagradable; aumento de peso.

En el caso del tratamiento médico de los trastornos y accesos psicóticos, el psicotrópico más recurrido es la clorpromazina, entre cuyos efectos secundarios podemos citar:

- Leves: Somnolencia, falta de expresión en el rostro, arrastrar los pies al caminar, intranquilidad, agitación, nerviosismo, movimientos extraños, lentos o incontrolables de cualquier parte del cuerpo, dificultad para dormirse o permanecer dormido, aumento del apetito, aumento de peso, secreción de leche materna, distensión de los senos, falta de algunos períodos menstruales, disminución de la capacidad sexual, cambios en el color de la piel, sequedad en la boca, congestión nasal, dificultad para orinar, dilatación o contracción de las pupilas.
- Graves: Fiebre, rigidez muscular, confusión, latidos del corazón rápidos o irregulares, sudoración, coloración amarillenta en la piel o los ojos, síntomas parecidos a los de la gripe, dolor de garganta, escalofríos, sangrado o moretones fuera de lo común, contracturas musculares en el cuello, lengua que asoma fuera de la boca, sensación de tener la garganta cerrada, dificultad para respirar o tragar, pequeños movimientos ondulantes de la lengua, movimientos rítmicos incontrolables de la cara, la boca o la mandíbula, convulsiones, ampollas, sarpullido, urticaria, comezón, hinchazón de los ojos, la cara, los labios, la lengua, la garganta, los brazos, las manos, los pies, los tobillos o las pantorrillas, pérdida de visión sobre todo por la noche, ver todo con tinte marrón.

Muchos de estos efectos secundarios son padecidos por los pacientes medicados, como relatan ellos mismos, ya sea por la propia acción del fármaco o por el hecho de haberlos leídos previamente en el pertinente prospecto. De lo que se trata no es de erradicar la prescripción de fármacos, ya que en muchas ocasiones es necesario recurrir a ellos, fundamentalmente en patologías graves, ya sea para estabilizar al sujeto, contenerlo, desangustiarlo. Pero a partir de la ingesta de un psicofármaco es menester crear las condiciones de posibilidad y de acogida para que el paciente pueda dar cuenta de su malestar, esto es, instaurar la palabra y la escucha del relato que el paciente pueda ir articulando.

Poner en cuestión la imprecisa idea —política— aceptada de «salud mental» implica también alertar sobre el uso indiscriminado de la nosografía psiquiátrica, que tiene como efecto inmediato el borrado automático de las diferencias entre los sufrimientos psíquicos de

los sujetos. La clínica de la medicación genera un encantamiento inmediato, producto de la promesa de que hay un fármaco para resolver cada psicopatología, consecuencia de un retorno de la psiquiatría a la medicina, que a su vez absorbe a la psicología como instrumento anexo, sometidas todas a la dictadura de la genética y a la industria farmacológica: la clínica farmacológica es una terapéutica de la prescripción de fármacos y de la «motivación» del paciente.

Motivar al paciente es otro de los mecanismos de actuación psicoterapéutica al que se recurre. Indicarle a un sujeto toxicómano que deje la heroína porque es perjudicial para su salud, es decirle algo obvio, ya que el sujeto que consume heroína sabe de sus efectos y no es necesario recordárselos, o alentar al deprimido enumerándole sus «capacidades» para ser «feliz», como si no las conociera mejor que el terapeuta. Motivar la «voluntad» del paciente es des-conocer que la voluntad no se impone ni estimula; la voluntad está ligada al deseo inconsciente de cada sujeto, deseo que en realidad no está dado de antemano, ni oculto en la «mente» del sujeto: el deseo se produce. El esfuerzo y la fe, esto es, la moral religiosa, secundan la voluntad. La *voluntad de poder* no es conciencia ni «buena voluntad», no se motiva desde fuera a partir de la *pequeña razón* del semejante, ni coincide con la «intención». La conciencia (el *yo* imaginario) es aquello que Nietzsche llamó la *pequeña razón* diferenciándola de la *gran razón*, es decir, la instancia en la que se juegan las relaciones de fuerza, las pulsiones, el deseo, el cuerpo:

(...) «Cuerpo soy yo y alma» —así hablaba el niño. ¿Y por qué no hablar como los niños? Pero el despierto, el sapiente, dice: cuerpo soy yo íntegramente, y ninguna otra cosa; y alma es sólo una palabra para designar algo en el cuerpo (...) Instrumento de tu cuerpo es también tu pequeña razón, a la que llamas «espíritu», un pequeño instrumento y un pequeño juguete de tu gran razón. (...) Dices «yo» y estás orgulloso de esa palabra. Pero esa cosa más grande aún, en la que tú no quieres creer, —tu cuerpo y su gran razón: ésa no dice yo, pero hace yo. Lo que el sentido siente, lo que el espíritu conoce, eso nunca tiene dentro de sí su término. Pero sentido y espíritu querrían persuadirte de que ellos son el término de todas las cosas: tan vanidosos son. Tu sí-mismo se ríe de tu yo y de sus orgullosos saltos. ¿Qué son para mí esos saltos y esos vuelos del pensamiento? se dice. Un rodeo hacia mi meta. Yo soy las andaderas del yo y el apuntador de sus conceptos¹⁴⁶.

En un bello y riguroso libro Laín Entralgo destaca la función del *ensalmo*, de los bellos discursos, en el tratamiento de los sufrimientos humanos. Partiendo de que la salud anímica de un hombre es condición de su salud somática, Laín considera a Platón como el inventor de

¹⁴⁶ FRIEDRICH NIETZSCHE, «Los despreciadores del cuerpo» en *Así habló Zaratustra*, Alianza, Madrid, 2003.

la psicoterapia verbal científica o *katà tékhnen*¹⁴⁷ y nos remite para ello a uno de sus diálogos que advierte de la equivocación de los hombres que intentan por separado ser médicos del alma y del cuerpo:

Pues es del alma de donde arrancan todos los males y los bienes para el cuerpo y para todo el hombre (...) Así pues, es el alma lo primero que hay que cuidar al máximo, si es que se quiere tener bien a la cabeza y a todo el cuerpo. El alma se trata (...) con ciertos ensalmos y estos ensalmos son los buenos discursos, y de tales buenos discursos nace en ella la sensatez. Y, una vez que ha nacido y permanece, se puede proporcionar salud a la cabeza y a todo el cuerpo¹⁴⁸.

El desgarrar originario del ser humano y lo insoportable de una existencia amenazada de despido, no se lo sutura artificialmente con técnicas conductuales ni con psicofármacos, que sólo en un primer momento pueden ser necesarios. Por ello, recurrir al ensalmo debe ser anterior a la administración del remedio (*phármakon*) y éste por sí solo no tendrá ningún valor curativo ni lo tendrá el ensalmo «si el enfermo previamente no ha ‘presentado’ u ‘ofrecido’ su alma a quien con aquel haya de tratarla»¹⁴⁹. Un retorno a la concepción del ser humano y su esencia propia del pensamiento clásico para cuestionar los modos actuales de atender los sufrimientos anímicos podrá ser rechazado por la ciencia positivista por la supuesta superación de dicho pensamiento, ¿pero no ha sido éste la mayor producción de nuestra cultura? El militante retorno de Heidegger al pensamiento griego no es una operación pretenciosa que apunte simplemente a una recuperación «arqueológica» de lo antiguo, sino que es la base para construir un discurso que escape a toda esperanza de salvación universal mediante el mero progreso de la ciencia y la técnica, ya que la existencia está anclada en la deuda y la culpa originarias del ser. La vida puede ser prolongada, el cuerpo maquillado. Pero el valor terapéutico de la palabra, que está en el origen del pensamiento griego y sólo es retomada como tal veinticinco siglos después por el psicoanálisis, es la única condición de posibilidad para que el ser humano se destrabe de la biología y haga amistad con ella, para reconocer los límites del cuerpo y a su vez limitar el *goce* del síntoma a través del tamiz de la palabra. El síntoma que puede padecer un sujeto es un complejo entramado pulsional que le ha llevado un gran esfuerzo construir: es una elección inconsciente, cuyo verdadero significado nunca es obvio y que el sujeto puede llegar a vivir como si estuviese predestinado a ello.

¹⁴⁷ PEDRO LAÍN ENTRALGO, *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, Anthropos, Barcelona, 1987, p. 133.

¹⁴⁸ PLATÓN, *Cármides*, 157a, en *Diálogos I*, Gredos, Barcelona, 2000, p. 200.

¹⁴⁹ PEDRO LAÍN ENTRALGO, *op. cit.*, p. 114.

Durante todo ese tiempo, la medicina operó como un arte muda sobre un paciente pasivo a través del tratamiento quirúrgico o farmacológico, desconociendo que el ser humano es en esencia lenguaje y su cuerpo poco más que agua. Recién en 1808 John Dalton vino a confirmar el modelo atómico que Demócrito y su maestro Leucipo habían vislumbrado cuando afirmaron que los principios de la materia son los átomos y el vacío. Posteriormente Rutherford confirmó los postulados de Dalton al probar la existencia del núcleo atómico, y demostrar que la mayor parte de la masa del átomo reside en su núcleo y la mayor parte del resto del átomo es vacío en el que giran los electrones alrededor de aquél. Si se pudiera extraer sólo la masa de los átomos de un cuerpo humano ésta ocuparía no más volumen que el de la cabeza de un alfiler. La apariencia de volumen del cuerpo lo da, simplificando en exceso, el movimiento de las partículas que lo componen.

El psicoanálisis inaugura y construye, podríamos decir, la «psicoterapia verbal» moderna, sin pretender con ello ni ampliar el campo de la medicina, ni mucho menos ser una asignatura más en los programas académicos universitarios de la psicología, fundando en cambio una ciencia nueva que trata a priori de lo mismo que las citadas, esto es, el malestar del hombre, pero con una propuesta ética y científica radicalmente diferente. El psicoanálisis no es, pensado desde la posición del paciente, un arte mudo, aunque en muchos momentos de un análisis se dé cabida a silencios para poder puntuar el decir del analizante y el del propio analista, por lo que ese silencio no es un «decir nada» ni es un vacío: no hay que pensarlo como inhibición ni síntoma, ni tampoco como impostura por parte del analista, sino como decisión ética, ya que una intervención verbal a destiempo es una interrupción del decir del analizante. En la práctica «psi» y en diversos modos de hacer en los diferentes dispositivos analíticos, es habitual que el terapeuta crea que hay que estar hablando todo el tiempo, preguntando al paciente o buscando temas de «conversación», lo cual conduce, ahora sí, a crear un vacío. No ha habido una época en la historia de la humanidad en la que se hablara tanto diciendo menos —gracias a la disponibilidad de medios y objetos técnicos que van moldeando la férrea armadura histórica del no decir nada. En el momento de la emergencia de una intervención interrogativa por parte del terapeuta, éste debería plantearse el *para qué* quiere saber lo que él cree que permanece oculto. De los funestos efectos de desdeñar el valor de la palabra y el abuso de ella en las enfermedades del alma, dan cuenta los pacientes que han pasado por diferentes lugares y espacios terapéuticos.

El valor que el psicoanálisis da a la palabra parte del precepto freudiano de que el analizante en sesión «diga lo que quiera», que constituye la regla fundamental del trabajo analítico, a saber, la asociación libre, que como tal no es libre, ya que «libre no quiere decir

más que dar licencia al sujeto. Licenciar al sujeto es una operación no obligatoriamente lograda. No siempre basta licenciar a alguien para que se marche»¹⁵⁰. Ese decir lo que se quiera es un decir lo que se pueda en una lengua propia bajo la escucha del analista encargada de contener los desbordes del habla, sin olvidar que la existencia humana reside en la posibilidad de una construcción permanente, posibilidad que sólo debería terminarse con el silencio final e irremediable.

¹⁵⁰ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 16: De otro al otro*, Paidós, Buenos Aires, 2008, p. 62.

LA ANGUSTIA

El viajero que camina en la oscuridad rompe a cantar para engañar sus temores, mas no por ello ve más claro.

Sigmund Freud, *Inhibición, síntoma y angustia*

(...) no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa; no es fácil decir algo nuevo; no basta con abrir los ojos, con prestar atención o adquirir conciencia, para que se iluminen al punto nuevos objetos y que al ras del suelo lancen su primer resplandor.

Michel Foucault, *La arqueología del saber*

1. ANGUSTIA: PRO-YECCIÓN Y CULPA.

Hasta aquí hemos recorrido diversos senderos atravesados por conceptos que consideramos capitales a la hora de pensar y trabajar el confuso campo de la «salud mental». Antes de apostar en el territorio al que podríamos llamar el *Mac Guffin* de este trabajo —esto es, una especie de instrumento que posibilita bordear aquellos conceptos y problemáticas que este ejercicio de exploración considera están en juego en el trabajo clínico— a saber, el dispositivo de acompañamiento terapéutico, cruzaremos por un estrecho desfiladero, el de la angustia, que en la terapéutica actual ha sido velado en los manuales clasificatorios de trastornos psiquiátricos dentro de los trastornos de ansiedad: clasificar y nominar de este modo la angustia es pretender esquivar el carácter central que tiene este afecto en la existencia humana. Aunque un estudio sobre la relevancia de la angustia —afecto que es «la esencia de toda filosofía auténtica»¹⁵¹— escapa a los límites y pretensiones de este trabajo, quizá sí sea pertinente un breve recorrido por aquellos pensadores que, sin pretender entenderla, la consideran la experiencia esencialmente humana que establece la relación del hombre «con la totalidad de cuanto existe»¹⁵².

Podríamos decir que es a partir del célebre texto de Hegel¹⁵³, donde éste analiza la dialéctica de la figura del *amo* y del *esclavo*, que el concepto de angustia vuelve a ocupar el espacio que le corresponde en el pensamiento contemporáneo. Para Hegel el *amo* se relaciona con las cosas y objetos del mundo de un modo mediato, por medio del *esclavo*, esto es,

¹⁵¹ ALPHONSE DE WAELEHENS *et al.*, «La angustia en la filosofía actual» en *Estudios sobre la angustia*, RIALP, Madrid, 1962, p. 39.

¹⁵² IBÍDEM, p. 41.

¹⁵³ GEORG WILHELM FRIEDRICH HEGEL, *Fenomenología del espíritu*, Fondo de cultura económica, México D.F., 2000, p. 117.

intercalando al *esclavo* entre la cosa y él. El *esclavo*, a diferencia del *amo*, se ha sentido angustiado por haber experimentado el miedo a la muerte, que es el señor absoluto. El *amo*, por el hecho de serlo, no ha conocido la angustia, se limita al goce de las cosas que el *esclavo* produce para él. En Hegel la angustia ante la muerte, que el *amo* no experimenta, revela la posibilidad de conocimiento y saber. La figura del *esclavo* es aquella que ha visto la totalidad de su ser en la perspectiva de la muerte y ha visto esa totalidad como posibilidad de no-ser. El *amo* al carecer de la experiencia creadora de la negatividad no ha experimentado angustia: «El Esclavo sabe qué es ser libre. Sabe también que no es, y que quiere devenir libre»¹⁵⁴. La posibilidad de poder dejar-de-ser revela al esclavo su negatividad, esto es, la propia angustia. Recordemos aquí que Lacan toma la figura hegeliana del *amo* y el *esclavo* para construir los que dio en llamar «los cuatro discursos» y plantear la dialéctica en juego entre *saber*, *síntoma* y *poder*. Partiendo de las imposibilidades que presentan los vínculos humanos en sus diferentes campos y la falencia constitutiva de las instituciones sociales, Lacan elabora el discurso del *amo* (poder) para referirse a la imposibilidad de gobernar; el de la *universidad* (saber) en relación a la imposibilidad de educar; el *histérico* (deseo) en relación a la imposibilidad de desear y el del *analista*, referido a la imposibilidad de analizar/curar; a éstos añade un quinto discurso, el del *capitalista*. La imposibilidad de cada uno de estos discursos está dada por el propio lenguaje como red de significantes, red que escapa al diálogo entre emisor-receptor, en realidad dos monólogos atrapados en la «incurable ambigüedad»¹⁵⁵ del lenguaje corriente. La imposibilidad en ese sentido no debe ser pensada como una frontera infranqueable, sino como frontera tras la cual se extienden otros territorios. Todo lo que pudiera advenir en la *cura* analítica se realiza a través del lenguaje, «y por el lenguaje (incluso el silencio, sus ritmos, sus escansiones)»¹⁵⁶. Paul Ricoeur, para resaltar esta imposibilidad de «analizar», toma una cita de Benveniste señalando que en el análisis «El analista tomará, pues, el discurso [del paciente] como intermediario de otro ‘lenguaje’ que tiene sus reglas, sus símbolos y su sintaxis propia, y que remite a las estructuras profundas del psiquismo»¹⁵⁷.

Resaltemos que el psicoanálisis, más allá de los intentos totalizadores y dominadores de las diferentes escuelas que se definen psicoanalíticas y las consabidas desvalorizaciones entre ellas, constituye una práctica subversiva: es una práctica que pone en cuestión todos los mecanismos de dominación del sujeto sobre otros y de alienación del sujeto a sí mismo y al

¹⁵⁴ ALEXANDER KOJÈVE, *La dialéctica del amo y el esclavo*, Leviatán, Buenos Aires, 2006, p. 29.

¹⁵⁵ PAUL RICOEUR, *Freud: una interpretación de la cultura*, Siglo XXI, México D.F., 2004, p. 47.

¹⁵⁶ LOUIS ALTHUSSER, «Freud y Lacan» en *Escritos sobre psicoanálisis*, Siglo XXI, México D.F., 1996, p. 39.

¹⁵⁷ PAUL RICOEUR, *op. cit.*, p. 346.

poder del otro (por identificación), así como los mecanismos sutiles y groseros de apropiación del saber por parte de la ciencia y su agente, la técnica.

El psicoanálisis da lugar al sujeto para que restituya o construya, si así lo desea, su posición como sujeto ético deseante, esto es, considerando los límites lógicos y simbólicos imprescindibles para la convivencia en comunidad, más allá de los temores infundados, inoculados desde la cultura y la moral. El psicoanálisis no es una práctica higienista ni moralizante, es una práctica ética por y para el sujeto deseante, que contempla un «yo» descentrado, esto es, desde fuera y hacia fuera de sí mismo, hacia el mundo y no autorreferenciado ni complacido. El afecto de angustia, en ese sentido, estremece en lo más íntimo al sujeto: todo lo que era estable y fijo tiembla y se desmorona en el momento en que aquél emerge, des-acomoda la existencia servil y sumisa, y pone al sujeto frente a su esencia y posibilidad creadora, como ser humano, trabajador y amante.

Más allá de las divergencias entre Kierkegaard y Hegel, en ambos la angustia es de algún modo el instante de la revelación en el hombre de lo negativo de su ser. Sin embargo, detrás del velo de vértigo y desasosiego de la experiencia de la angustia habita una *promesa* en cierta manera esperada, aquélla que dice «que será posible vencer la nada de nuestro ser mediante la fuerza del rescate. Y esto constituye la suprema revelación de la angustia»¹⁵⁸.

Partiendo de Hegel y Kierkegaard¹⁵⁹, transitando por la analítica existencial —Sartre, Heidegger—, el pensamiento de Freud, que le otorgó un lugar central en la teoría psicoanalítica, y el de Lacan, que continuó otorgándoselo en su enseñanza, el concepto de angustia provoca uno de los tantos puntos de encuentro y articulación discursiva entre filosofía y psicoanálisis.

Heidegger establece una clara distinción entre temor y angustia: el primero consiste en la perturbación que experimenta un sujeto ante la aproximación de un objeto o suceso considerado amenazante, perturbación que genera una reacción desordenada al sentir amenazada su existencia total o parcialmente¹⁶⁰. Señala Heidegger que la angustia, al contrario del temor, no es producida por una amenaza determinada o localizable, sino que la amenaza viene de todas partes, desde fuera y desde el propio interior del sujeto: «La angustia es el descubrimiento de la exterioridad en que he sido lanzado para cumplir mi carrera de existencia, sin que lo haya querido y sin que pueda detener su curso»¹⁶¹.

¹⁵⁸ ALPHONSE DE WAELENS *et al.*, *op. cit.* p. 51.

¹⁵⁹ SÖREN KIERKEGAARD, *El concepto de angustia*, Alianza, Madrid, 2007.

¹⁶⁰ ALPHONSE DE WAELENS *et al.*, *op. cit.* p. 52.

¹⁶¹ IBÍDEM, p. 54.

La posibilidad de una existencia no angustiada o que rechace las revelaciones propias de la angustia —señala Heidegger— está representada por la «huida» (*die Flucht*), que esencialmente está caracterizada por el refugiarse en los objetos del mundo y en un modo alienante de estar con ellos. Esta existencia busca un refugio para protegerse contra el verdadero mundo. Esta huida devalúa la experiencia de la angustia en temor: «Verdad es que el temor tampoco es “agradable” pero es un mal menor y un compromiso»¹⁶², sin embargo «sólo en la angustia se da la posibilidad de una apertura privilegiada»¹⁶³. Un mecanismo asombrosamente parecido es el que se detecta en la neurosis fóbica, donde la «huida» (inconsciente) ante el objeto de la fobia es precisamente lo que permite al sujeto no desmoronarse, en la medida en que éste, bordeando o evitando el objeto fóbico, consigue de alguna manera mantener contenida su propia angustia. Si el objeto dejara de estar asociado a dicho afecto de angustia requeriría buscar otro objeto al que vincularse. Vemos aquí un punto de encuentro entre la aproximación a la experiencia de la angustia de la analítica existencial¹⁶⁴ heideggeriana y la teoría analítica freudiana.

En 1943 Sartre publica *El ser y la nada*¹⁶⁵, donde resalta que «Kierkegaard, al describir la angustia antes de la culpa, la caracteriza como angustia ante la libertad. Pero Heidegger, que, como es sabido, ha sufrido profundamente la influencia de Kierkegaard, considera por el contrario a la angustia como la captación de la nada»¹⁶⁶. Sartre asume que estas dos consideraciones no son contradictorias, por el contrario, están vinculadas:

En primer lugar, ha de darse la razón a Kierkegaard: la angustia se distingue del miedo en que el miedo es miedo de los seres del mundo mientras que la angustia es angustia ante mí mismo. El vértigo, es angustia en la medida en que temo, no caer en el precipicio, sino arrojarme a él. Una situación que provoca el miedo en tanto que amenaza modificar desde fuera mi vida y el ser,

¹⁶² IBÍDEM, p. 56.

¹⁶³ MARTIN HEIDEGGER, *Ser y tiempo*, Trotta, Madrid, 2009, §40, p. 209.

¹⁶⁴ Heidegger pretende una distinción entre su ontología (acerca del sentido del ser en general) y la de otros pensadores (v.g. Karl Jaspers). Denomina su analítica como «existencial» (*existenzial*) para oponerla a la existencial (*existenziell*), que sólo parece atender las posibilidades concretas de una existencia en particular, esto es, de la vida individual de cada uno. Con el término «existencial» Heidegger se refiere a una teoría universal del ser de la existencia humana, en primer término, y después del ser en general. Por ejemplo, comprar un piso es un asunto que se sitúa en el plano existencial (*existenziell*) de cada individuo concreto; en cambio la posibilidad de elegir (en general) y comprender la elección es una propiedad constitutiva de todo Dasein, condición de posibilidad de la existencia misma; véase: JESÚS A. ESCUDERO, *El lenguaje de Heidegger*, Herder, Barcelona, 2009, p. 85 y ALPHONSE DE WAELEHENS, *La filosofía de Martin Heidegger*, «El problema y el método», C.S.I.C., Madrid, 1952, cap. 1, p. 9.

¹⁶⁵ JEAN-PAUL SARTRE, *El ser y la nada*, Losada, Buenos Aires, 1998.

¹⁶⁶ IBÍDEM, pp., 71-72.

provoca la angustia en la medida en que desconfío de mis reacciones apropiadas para la situación¹⁶⁷.

y prosigue diciendo que «el movilizado que se incorpora a su campamento al comienzo de la guerra puede, en ciertos casos, tener miedo de la muerte; pero, mucho más a menudo, tiene “miedo de tener miedo” es decir, se angustia ante sí mismo»¹⁶⁸.

En 1927 Freud publica *Inhibición, síntoma y angustia*; ese mismo año Heidegger hace lo propio con *Ser y tiempo*, libro donde también ocupa un lugar relevante el concepto de angustia, al que posteriormente Lacan dedicará su seminario anual durante el período 1963-64. La angustia es el afecto que interroga a todo sujeto al menos una vez en la vida, remitiéndolo a un objeto aparentemente ausente. La angustia opera como una llamada extraña, siniestra, sin voz ni palabras, que divide al sujeto y donde el uno-mismo es llamado al sí-mismo:

Porque la llamada precisamente no es ni puede ser jamás planificada, preparada ni ejecutada en forma voluntaria *por nosotros mismos*. «Algo» llama inesperadamente e incluso en contra de la voluntad. (...) la llamada no viene de algún otro que esté conmigo en el mundo. La llamada procede de mí y, sin embargo, *de más allá de mí*¹⁶⁹.

Por tanto ¿cómo silenciar, al modo que pretenden algunas prácticas médicas y psicoterapéuticas, algo que de por sí se manifiesta mudo? En los tratados de psiquiatría la experiencia de angustia es reducida a dos grupos de síntomas: por un lado, los corporales, tales como palpitaciones, fatiga, vértigos, sudor, temblores, sofocaciones, y por otro fenómenos del pensamiento como preocupación, fobia y temor. Esta clasificación ha sido reducida, aún más si cabe, a partir de la edición III del DSM, a los llamados trastornos de ansiedad, crisis o ataques de pánico, agorafobia, etc.

Para la teoría psicoanalítica el concepto de angustia es central: recorriendo los textos de Freud veamos qué lugar e implicaciones tiene el concepto en la misma.

Ningún sujeto es ajeno a la experiencia de la angustia, que Lacan consideró un afecto, y no una emoción, que está más allá de toda duda y que a su vez nunca engaña¹⁷⁰. Hasta Freud no se había hecho un estudio científico y sistemático sobre el lugar que ocupa la angustia en

¹⁶⁷ IBÍDEM, pp., 72.

¹⁶⁸ IBÍDEM.

¹⁶⁹ MARTIN HEIDEGGER, *Ser y tiempo*, § 57, p. 292.

¹⁷⁰ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 10: La angustia*, Paidós, Buenos Aires, 2001.

los malestares anímicos, síntoma que la mayoría de los *padecientes* manifiestan como aquel que genera el mayor sufrimiento y desconcierto.

Sabemos de la cantidad de situaciones en las urgencias hospitalarias donde los pacientes acuden con síntomas corporales como los mencionados anteriormente —ataques de pánico, vértigo, dolores en el tórax, etc.—, que carecen de una causa somática que dé cuenta de ellos. Los médicos generalistas, una vez comprobadas las variables clínicas del paciente —fundamentalmente tensión arterial, variables cardíacas, etc.— y no detectada ninguna «causa» somática que dé cuenta del malestar, recurren a la prescripción de ansiolíticos o a la famosa «pastilla debajo de la lengua», puesto que otra intervención está fuera de su alcance y conocimiento, y en algunos casos, como hemos comentado, sugieren al paciente dirigirse a los servicios de «salud mental». El acceso puede no repetirse, pero lo habitual es que no sea así, entrando el paciente en un ciclo de ingresos y altas hospitalarias. El médico de guardia lo intuye, pero evidentemente atender un episodio de ese orden no es su función ni el lugar es el apropiado. Esta situación en muchos de los pacientes se repite insistentemente, obteniendo la misma respuesta médica en la mayoría de los casos. Sin embargo, esta demanda de atención médica ante una situación *real* que el sujeto vive como límite, está intentando decir algo más, que no se observa con una exploración de las funciones vitales del cuerpo, aunque éstas deben ser investigadas necesariamente para descartar un verdadero fenómeno somático. La angustia es algo más que el conjunto de síntomas corporales que manifiesta un paciente: en la angustia se está poniendo en juego un mensaje cifrado que requiere de otro trabajo, otra atención clínica que aquella que la reduce a la farmacológica o la indicación de reposo. La angustia, en ocasiones, puede alcanzar una extraordinaria intensidad e incluso impulsar al enfermo a cometer las mayores insensateces¹⁷¹.

En el lenguaje corriente y el médico, como bien señala Freud, suelen confundirse los términos «nervioso» y «angustiado». Al hacer esto se comete un grave error, pues hay individuos «angustiados» que no padecen neurosis ninguna y, en cambio, hay neuróticos que no presentan entre sus síntomas el de la propensión a la angustia¹⁷². El psicoanálisis ha dedicado toda su atención a la desconcertante experiencia de la angustia y trata de abordarla por medios diferentes de los empleados por la medicina académica, ya que ésta centra toda su atención, como dijimos, en la investigación de un supuesto determinismo neurofisiológico del fenómeno.

Freud consideró que existe una *angustia real* racional y comprensible que definió como una reacción a la percepción de un peligro exterior, reacción que puede aparecer enlazada al

¹⁷¹ SIGMUND FREUD, «Lección XXV. La angustia» en «Lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 2367.

¹⁷² IBÍDEM.

reflejo de fuga; la consideró como una manifestación de las pulsiones de conservación del yo, y se preguntó ante qué objetos y en qué situaciones se produce la angustia, cuya manifestación dependerá de los «conocimientos que el individuo posea y de su sentimiento de potencia ante el mundo exterior»¹⁷³. Como ejemplo, Freud menciona la angustia que un salvaje puede experimentar cuando presencia un eclipse solar, fenómeno ante el cual quien conoce el origen del mismo, en general, no experimenta la menor angustia; de igual modo, el salvaje experimentará miedo al advertir en el bosque la huella de un peligroso animal, huella que para un europeo carecerá de toda significación, así como el marino se alertará al observar una pequeña nube, posible anuncio de ciclón, mientras que el viajero no verá en ella amenaza ninguna. También reflexiona Freud sobre la racionalidad y la adaptación de la angustia real a una situación de la vida cotidiana. Ante la amenaza de un peligro, la reacción habitual de un sujeto consiste en comparar sus propias fuerzas con la gravedad de dicha amenaza y decidir después si la reacción más eficaz para escapar del peligro es la fuga, la defensa o incluso el ataque. En esta situación no habría lugar de utilidad para la angustia, ya que ésta representaría un nuevo peligro para el sujeto, puesto que si alcanzara un grado de intensidad elevado, podría llegar a paralizar toda acción de defensa, impidiendo incluso la fuga. Sin embargo, la reacción a un peligro es un compuesto de sentimiento de angustia y acción defensiva. Un animal asustado experimenta angustia y huye; pero únicamente la fuga responde a un fin, mientras que la angustia carecería de él en absoluto, lo cual nos inclinaría a pensar la angustia como algo incongruente. Freud analizó tal situación y observó que un sujeto que se halla preparado para afrontar la aparición del peligro manifiesta un incremento de la atención sensorial y de la tensión motriz. Este estado de espera y de preparación del sujeto es en principio necesario y su falta traería consigo graves consecuencias para él si se encontrara en una situación de peligro. De la situación se deriva, por una parte, *la acción motora* que va desde la fuga a la defensa activa, y por otra, aquello que experimentamos como un *estado de angustia*. Cuanto menor es el desarrollo de la angustia, más rápida y racionalmente se puede llevar a cabo la transformación del estado de preparación ansiosa en una acción. De aquí resulta que dicho estado de preparación ansiosa puede resultar útil y ventajoso mientras que el desarrollo de angustia sería perjudicial y contrario al fin. Así mismo Freud hace una distinción entre «angustia», «miedo» y «susto». La angustia se refiere tan sólo al estado, haciendo abstracción de todo objeto, mientras que en el miedo se halla precisamente concentrada la atención sobre una determinada causa objetiva. El «susto», invoca una

¹⁷³ IBÍDEM.

respuesta ante un peligro al que un sujeto no se hallaría preparado por un estado previo de angustia.

2. LA EXPERIENCIA DE LA ANGUSTIA: INHIBICIÓN Y APERTURA

El uso corriente de la palabra «angustia» le da una vaga e indeterminada significación. Para Freud la angustia es un estado afectivo¹⁷⁴, residuo de una reminiscencia, que como tal comprende:

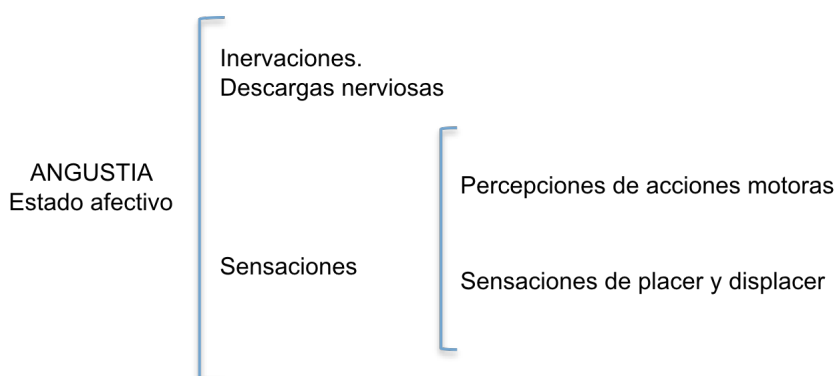


Figura 3. Estado afectivo de la angustia.

En algún momento de las investigaciones sobre la angustia se creyó saber que el estado afectivo propio de la misma en el adulto era una reproducción de la temprana y traumática impresión del nacimiento¹⁷⁵, un estado en que se daría aquel conjunto de afectos de displacer (tendencias de descarga y sensaciones físicas) propios del momento del nacimiento, que constituiría el prototipo de efecto que un grave peligro puede ejercer sobre el sujeto humano, repitiéndose en los años posteriores de la existencia como un estado de angustia. La causa de esa angustia que acompañó al nacimiento sería el enorme incremento de la excitación consecutivo a la interrupción de la renovación de la sangre y el paso a la respiración interna, como primera vivencia de angustia, además, de naturaleza tóxica. Freud no comparte la idea según la cual la experiencia del nacimiento sería el nódulo u origen de la angustia, aduciendo que todas las etapas de la vida están vinculadas a una condición de angustia o cierta situación de peligro: el desamparo psíquico, el peligro de la pérdida de objeto o amor, el peligro de la «castración simbólica», esto es, la operación que posibilita el acceso a la sexualidad y a los

¹⁷⁴ IBÍDEM.

¹⁷⁵ OTTO RANK, *El trauma del nacimiento*, Paidós, Buenos Aires, 1992.

vínculos con los otros, el miedo al superyó implacable heredero de la conciencia moral y las normas, etc¹⁷⁶.

Una de las manifestaciones habituales de la angustia es la constricción torácica dolorosa y paralizante, que nos recuerda el propio origen latino del término *angustiae*: estrechez, congoja. La semejanza fonética de la palabra «angustia» y «angosto» no parece casual, ya que ambas provienen del latín *angustus*, estrecho. En el lenguaje médico se establece una relación, por la semejanza de su raíz y por su significado, con el término *angina*, que en origen es opresión y dificultad respiratoria frecuentemente dolorosa por la sensación de estrechez en el pecho o las vías respiratorias. Hoy es habitual utilizar indistintamente el término «ansiedad» como sinónimo de «angustia», tanto en el lenguaje común como en el médico. Pero el sujeto angustiado, a diferencia del ansioso, ignora el origen de su malestar, lo que conlleva el incremento de su intensidad. El *ante-qué* se angustia el sujeto se caracteriza por el hecho de que lo amenazante no está aparentemente *en ninguna parte*. Pero el *ninguna parte*, que no significa «nada», está tan cerca «que oprime y le corta a uno el aliento». Una vez la angustia se ha calmado, ya sea porque se diluye por sí misma o por el «efecto» de un placebo, el hablar cotidiano suele decir: «en realidad no era nada»¹⁷⁷.

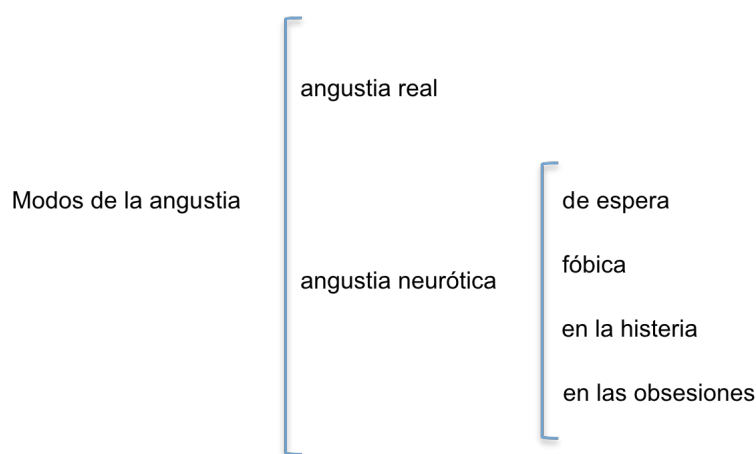


Figura 4. Modos de la angustia.

Freud plantea el interrogante de si hay relación entre la que llama angustia real, esencialmente consecuencia de la reacción ante un peligro, y la angustia neurótica que se presenta sin existir algo que la provoque. La observación clínica proporciona un cierto número de elementos para comprender esta última, que abarca la angustia de espera, la

¹⁷⁶ SIGMUND FREUD, «Lección XXXII. La angustia y la vida instintiva» en «Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 3150-3151.

¹⁷⁷ MARTIN HEIDEGGER, *Ser y tiempo*, § 40, p. 205.

angustia fóbica y la angustia presente en los estados histéricos y obsesivos. Uno de los elementos que Freud plantea como clave para entender el fenómeno de la angustia es su relación con la libido, el deseo, así como las numerosas influencias y malentendidos que la cultura impone al sujeto en su concepción de la sexualidad humana. La que Freud denominó como *angustia de espera*, sería la que presentan aquellos sujetos que mantienen una angustia flotante, dispuesta a adherirse al contenido de la primera situación adecuada: «Esta angustia influye sobre los juicios del sujeto, elige las esperas y espía atentamente toda ocasión que pueda justificarla»¹⁷⁸.

Los sujetos afectados por este modo de estar en el mundo anticipan siempre los acontecimientos más trágicos. Se trata de individuos para los cuales todo acontecimiento es factible de convertirse en fuente de angustia, que viven en un perpetuo estado de tensión, anticipando lo trágico de manera irremediable, que:

(...) ven en cada suceso accidental el presagio de una desdicha y se inclinan siempre a lo peor cuando se trata de un hecho o suceso inseguro (...) la tendencia a esta espera de la desdicha es un rasgo de carácter propio de gran número de individuos que fuera de esto no presentan ninguna enfermedad, siendo considerados como gente de humor sombrío o pesimista¹⁷⁹.

En todos los casos la angustia constituye una reacción a un peligro experimentado por el sujeto, que sin embargo no puede aprehenderlo con precisión y menos aún explicárselo. A diferencia del miedo, que remite a un objeto definido, y del susto, que deriva de la sorpresa que manifiesta un sujeto no preparado para la irrupción de un acontecimiento particular, la angustia sería característica de un estado de espera relativo a un peligro no identificado con claridad. En la experiencia clínica se observan estados de angustia insoportable acompañados de un sentimiento de pánico intenso que llevan al sujeto a una inhibición total de sus tareas cotidianas.

Las llamadas angustias fóbicas están asociadas a objetos, como ocurre en las fobias a los insectos, o a situaciones, como vemos en el caso del miedo a volar, o del pánico ante calles atestadas de gente, etc. Freud señala que las angustias de espera y las asociadas a fobias son independientes una de otra. La tercera forma de la angustia neurótica carece de relación con un peligro o amenaza que la justifique, es la que se presenta en ciertos episodios o accesos histéricos u obsesivos. En la histeria, el acceso histérico puede ser reemplazado por un único pero intenso síntoma, como temblores, vértigos, palpitaciones u opresión en el pecho,

¹⁷⁸ SIGMUND FREUD, «Lección XXV. La angustia» en «Lecciones introductorias al psicoanálisis», O.C., p. 2370.

¹⁷⁹ IBÍDEM.

síntomas que impiden la aparición de la angustia, convirtiendo toda la energía *libidinal* en síntomas corporales. En los enfermos que presentan episodios obsesivos, conductas de anulación, pensamientos insistentes, etc., se observa que la angustia no se manifiesta en ellos cuando ejecutan sus actos obsesivos, pero si se intentara impedirles la realización de dichos actos o si por sí mismos estos pacientes se atrevieran a renunciar a ejecutarlos, por lo general experimentarían una terrible angustia que los obligaría a ceder de nuevo en su obsesión. De esta manera parece confirmarse que la angustia se hallaba disimulada detrás del acto obsesivo y que éste era llevado a cabo como un medio de sustraerse a ella. Así, pues, si la angustia no se manifiesta al exterior en la neurosis obsesiva, es por haber sido reemplazada por la sintomatología obsesiva. El desarrollo de la angustia, por tanto, tiene como efecto en estos casos —en la fobia, histeria y la obsesión— la formación de síntomas.

En relación a la problemática de la angustia, nos decía Heidegger que es el afecto que hace que la banalidad de lo cotidiano se derrumbe y que, a pesar del sufrimiento y ahogo que produce, enfrenta al sujeto a sus posibilidades auténticas de ser:

La angustia trae al Dasein de vuelta de su cadente absorberse en el «mundo». La familiaridad cotidiana se derrumba. El Dasein queda aislado, pero aislado *en cuanto* estar-en-el-mundo. El estar-en cobra el «modo» existencial del *no-estar-en-casa*¹⁸⁰.

Aquí vale una reflexión sobre la complejidad del lenguaje de Heidegger —como el abrumador uso de guiones para construir conceptos que enuncian la enredada densidad de los hechos¹⁸¹— que el propio filósofo considera inevitable al afirmar:

(...) si nos vemos forzados a introducir aquí expresiones abstrusas y acaso nada lucidas, no es por capricho mio ni porque tenga especial afición a emplear terminología propia, sino por imperativo de los fenómenos mismos. Quienes han investigado el asunto [del ser], aun siendo mucho más importantes que nosotros, tampoco han podido sustraerse a la dificultad de hallar en este campo la expresión adecuada (...) Cuando aparezcan en ocasiones tales formulaciones no hay por qué escandalizarse con ellas. Lo bello no suele encontrarse en las ciencias y quizá menos que en ninguna otra en la filosofía¹⁸².

A diferencia de Freud, que en la construcción de su teoría recurrió a términos ya existentes del campo de la física (v.g. pulsión), la química (v.g. sublimación), el habla

¹⁸⁰ MARTIN HEIDEGGER, *op. cit.*, § 40, p. 207.

¹⁸¹ GEORGE STEINER, *Heidegger*, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 2005, p. 145.

¹⁸² MARTIN HEIDEGGER, *Prolegómenos para una historia del concepto de tiempo*, Alianza, Madrid, 2006, p. 190.

cotidiana (v.g. inconsciente, represión), Heidegger construyó términos y neologismos para desplegar su pensamiento, quizá para despojarlo de un entendimiento y comprensión inmediatos, llegando a elaborar un estilo que puede parecer agresivo a sus lectores. En ese sentido Heidegger provoca la suspensión de las convenciones de la lógica común (v.g. el mundo *mundea*) y del habla cotidiana cuando se adentra en la metafísica para recuperar la pregunta por el ser, porque ésta así lo requiere. Además de Lacan, Derrida y Sartre también «tratan de lograr en su propia lengua la profunda inmersión de Heidegger en la etimología»¹⁸³.

Lacan también recurrió a neologismos, fusiones léxicas y juegos homofónicos (v.g. *lalangue*) para resaltar la imposibilidad de transcribir en términos del habla cotidiana la complejidad de la problemática del psiquismo humano, criticando ciertas formas de psicoanálisis que minimizan el valor del lenguaje. Según la perspectiva de Lacan, el lenguaje tiene dos dimensiones: por un lado la simbólica, que es la del significante, y por otro la dimensión imaginaria, que es la del significado y la de la palabra *vacía*. Al igual que las producciones del aparato psíquico (v.g. un sueño, un acto fallido, un síntoma, un delirio), el lenguaje no representa un sistema lógico de *signos*, es decir, no está regido por una correspondencia biunívoca entre significante y significado. La tesis de Lacan de que el «inconsciente está estructurado como un lenguaje» no viene a plantear que el inconsciente sea un lenguaje o que sea reductible al lenguaje, ni que su estudio pertenezca al campo de la lingüística¹⁸⁴, sino que hay una «*semejanza de estructura* entre el inconsciente y el lenguaje»¹⁸⁵. Si el inconsciente está estructurado como un lenguaje, no hay en él ningún significante que remita directa y establemente a un significado, ni es posible sacar de él ninguna información acerca del pasado «objetivo»: como resalta Althusser, el inconsciente no es una memoria que registra y almacena eventos históricos puros que puedan extraerse de él y que sea necesario rememorar como fórmula de «*curación*»¹⁸⁶.

Volviendo a la problemática que nos ocupa, cuando en un sujeto surge un deseo legítimo y la satisfacción inmediata del mismo no es posible, puesto que las condiciones para que pueda ser satisfecho no están aún dadas, puede el sujeto crear dichas condiciones si de él dependen o esperar a que se produzcan desde la realidad exterior: si el sujeto es consciente de ello, tiene dos opciones, trabajar para producir dichas condiciones o, en su defecto, esperar pacientemente a que la realidad exterior las ponga a su disposición. Hablamos en este sentido

¹⁸³ GEORGE STEINER, *Heidegger*, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 2005, p. 61.

¹⁸⁴ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 20: Aún*, Paidós, Buenos Aires, 1998, p. 24.

¹⁸⁵ LOUIS ALTHUSSER, *op. cit.*, pp. 82-83.

¹⁸⁶ ÍDEM, *op. cit.*, «Cartas a D...», p. 62.

de deseos éticos, lógicos y razonables dentro de las posibilidades *a priori* que tenga un sujeto dado. Pero en determinados momentos puede ocurrir que el sujeto o bien anticipe las consecuencias posibles de la satisfacción de dicho deseo o por el contrario postergue intencionalmente la misma: Freud llama a este fenómeno «procrastinación de la gratificación», señalando que en toda renuncia a una satisfacción pulsional (legítima) subyace una paradójica satisfacción¹⁸⁷. Anticipación y procrastinación son las dos caras de una misma moneda: la procrastinación obsesiva lleva al sujeto a delirar los posibles efectos de la satisfacción de un deseo, la anticipación histérica genera angustia, puesto que se trata de una anticipación disfuncional, que desborda los límites de la anticipación propia de un futuro proyectado en los márgenes de una temporalidad auténtica, a menudo velada por los nubarrones de ilusiones, emociones y falsas promesas.

De Waelhens, siguiendo a Heidegger, sitúa la temporalidad de la existencia inauténtica en tres rasgos, que considera constitutivos de la vida cotidiana, que esclavizan al sujeto y lo dejan absorbido por los objetos y el mundo próximo que los contiene: la charlatanería cotidiana (*das Gerede*), la curiosidad y el equívoco. Considerando estos tres elementos como casi idénticos, De Waelhens se detiene en el análisis de la curiosidad:

La curiosidad es esa tendencia y manera de ser propia y fundamental de la existencia cotidiana, por la cual ésta, habiendo perdido todo contacto directo con la realidad del ser, se deja arrebatar por las apariencias y anhela multiplicar hasta el infinito el número de las que presume ya poseer. El curioso quiere *ver*, mas no penetrar en el ser. Resulta de esta tendencia una propensión constantemente aumentada a saltar sin detenerse de un objeto a otro, provocando una completa dispersión de la existencia (...) El curioso se «hace presente», no con miras a adquirir una *presencia*, sino sólo a fin de darse un presente¹⁸⁸.

El desvarío del sufrimiento neurótico, marcado por los límites y normas morales de la cultura, se manifiesta en la duda, la procrastinación, la inhibición, la culpa, la soledad, el aislamiento, etc., que acorralan al sujeto en un discurso balbuceante como el que Freud definió para la neurosis obsesiva, que consideró un dialecto del lenguaje de la histeria, puesto que revelaba su misma estructura:

Justificada así la ingrata mutilación de los historiales del enfermo y de su tratamiento, el hecho de que mi exposición aparezca limitada a resultados fraccionarios de la investigación

¹⁸⁷ SIGMUND FREUD, «El malestar en la cultura», *O.C.*

¹⁸⁸ ALPHONSE DE WAELEHENS, *La filosofía de Heidegger*, C.S.I.C., Madrid, 1952, p. 214.

psicoanalítica de la neurosis obsesiva tiene una explicación todavía más clara y convincente. Debo reconocer, en efecto, que todavía no he conseguido desentrañar sin residuo alguno la complicada estructura de un caso *grave de neurosis obsesiva* y también que no me sería posible evidenciar a través de los estratos del tratamiento y con la exposición detallada del análisis, tal estructura, analíticamente descubierta o sospechada, pues la resistencia de los enfermos y la forma en que se exteriorizan hacen difícilísima semejante labor expositiva. Pero, además, ha de tenerse en cuenta que la comprensión de una neurosis obsesiva no es ciertamente nada fácil y desde luego mucho más difícil que la de un caso de histeria. A primera vista más bien nos inclinaríamos a suponer lo contrario. El conjunto de medios de que se sirve la neurosis obsesiva para exteriorizar sus ideas secretas, o sea el lenguaje de la neurosis obsesiva es como un dialecto que debía sernos más inteligible por ser más afín que el histérico a la expresión de nuestro pensamiento consciente. Ante todo, no integra aquel salto desde lo anímico a la inervación somática —la conversión histérica—, que nuestro intelecto no puede jamás secundar¹⁸⁹.

Después de este aparente desvío, retomemos el tema de la angustia. La angustia según Heidegger sería esa vía de acceso hacia la estructura indiferenciada y en proyección que es el Dasein. El hombre, a diferencia del resto de los animales, no tiene una relación inmediata con las cosas ni los objetos —sólo tiene representaciones de ellos: los colores del mundo no son más que ondas vibratorias transformadas por el cerebro en percepciones internas, por tanto para el hombre el mundo es una construcción subjetiva más allá de la suma de los objetos que contenga) y por otra parte se puede decir que no hay mundo sin sujeto, de lo que resulta que «el hombre es el único ente que se encuentra a una distancia a la vez infinita y nula de los objetos y cosas»¹⁹⁰. La angustia puede irrumpir aun en un momento de gozo, ya que, a diferencia del miedo, nada determinado la provoca. Heidegger resalta que el Dasein experimenta angustia al verse cara al mundo como tal. La analítica existencial enuncia que la angustia que un sujeto experimenta ante el mundo es angustia ante la posibilidad de *ser*, de proyectarse y desarrollarse como tal: pone en evidencia una anticipación. Nunca es provocada por un existente determinado ni determinable, de tal forma que todos los objetos del mundo y el mundo ambiente que rodea al angustiado pasan a ser irrisorios y se desploman en la absoluta nulidad¹⁹¹.

¹⁸⁹ SIGMUND FREUD, «Análisis de un caso de neurosis obsesiva («Caso el hombre de las ratas»)), *O.C.*, pp. 1441-1442.

¹⁹⁰ ALPHONSE DE WAELHENS, *Heidegger*, Losange, Buenos Aires, 1955, p. 33.

¹⁹¹ ÍDEM, *La filosofía de Martin Heidegger*, *op. cit.*, p. 126.

La angustia, que coloca al sujeto ante la mundanidad¹⁹² del mundo en estado puro sin una comprensión explícita, es angustia ante la muerte que ciega al sujeto pero paradójicamente, insistimos, lo abre a sus posibilidades más personales. La angustia ante un pro-yecto (de vida) esbozado sin un fin definido, ni un conocimiento previo o un deseo concreto, arroja al sujeto ante la posibilidad de existencia pero sólo como posibilidad, sin suelo, en principio, bajo los pies. La existencia humana lleva consigo la muerte, que es el punto final del *ser-en-el-mundo* heideggeriano. Cuando se presenta la angustia, ésta no parece tener límites ni posibilidad aparente de ser contenida: el mundo, en ese instante, tampoco parece poder ofrecer nada a quien la sufre. La acción es la estructura fundamental del ser-ahí, el Dasein como estado de abierto al mundo, en relación con las cosas y los vínculos humanos, coordinadas éstas donde reside la posibilidad de mayor malestar, pero en las que a su vez el sujeto puede hacer algo, es decir, cambiar el modo de vincularse en aras del «cuidado» de sí. Con el término alemán *Sorge* —traducido al castellano como «cura» o «cuidado»— Heidegger designa, por un lado, el ocuparse (*Besorgen*) de los objetos (entes) del mundo circundante, es decir, el modo en que el sujeto desarrolla sus actividades y actos en el mundo, por otro el modo de tratar a los otros semejantes y preocuparse por ellos (*Fürsorge*): «El cuidado no es otra cosa que la temporalidad vivida»¹⁹³. El cuidado es una de las estructuras ontológicas fundamentales del Dasein y encarna el modo en que éste se relaciona con el mundo. Al respecto Laín Entralgo formula una reflexión en relación al «enfermo» y su necesidad de acogida que el propio Freud suscribiría:

(...) un hombre ayuda a otro para que éste tome en su vida una *decisión*. Es la forma superior de la «procura» (*Fürsorge*) de Heidegger, la «procura preventiva» de quien, conociendo lo que el otro es y conjeturando lo que en el futuro puede ser, le muestra un camino hacia ese futuro y le deja en libertad para emprenderlo o no¹⁹⁴.

¹⁹² La concepción del mundo desplegada por Heidegger es una de las cimas de su filosofía; el mundo no es, contra el sentido común, la simple suma de los objetos que contiene. Así mismo, afirma De Waelhens, es necesario explicar los objetos por el mundo y no a la inversa: el mundo no es sólo un conjunto de objetos. Para Heidegger la «mundanidad» (*Weltlichkeit*) del mundo no sería una característica común a todos los objetos del mundo, sino el modo de *ser* del mundo ante un *Dasein* que proyecta ante sí sus posibilidades y que sólo puede ser y existir en cuanto que realiza ese acto de proyección y pone en ejecución estas posibilidades en el mundo «circundante», y que no se inserta en un espacio dado, esto es, en un espacio físico delimitado: la *espacialidad* del Dasein es irreducible al espacio geométrico, es posibilidad de multiplicidad de lugares según la disposición afectiva, ya sea de apertura, de dispersión, de cierre o contracción, como sucede en el «instante» de la «angustia». Pensar la *temporalidad*, la *espacialidad* a la que podemos agregar la *corporalidad*, desde la perspectiva heideggeriana nos posibilita un distanciamiento prudente de las nosografías psicopatológicas.

¹⁹³ RÜDIGER SAFRANSKI, *Un maestro de Alemania*, Tusquets, Barcelona, 1997, p. 194.

¹⁹⁴ PEDRO LAÍN ENTRALGO, *El médico y el enfermo*, Triacastela, Madrid, 2003, p. 146.

Estas reflexiones abren otro interrogante, a saber: ¿se presenta la angustia como angustia ante la muerte o en cambio como angustia ante la vida y sus posibilidades? Desde esta perspectiva, el sentido del ser sería el tiempo, no el tiempo real cronológico ni absoluto, sino el tiempo como acontecer, que pone en evidencia al ser como evento finito, esto es, mortal. Si representarse la propia muerte, como nos avisó Freud, resulta imposible para el sujeto del inconsciente, *pensar* la propia muerte significaría descubrirse a sí mismo en la propia existencia, aunque «el hombre sólo en muy pocos instantes existe en la cumbre de sus propias posibilidades»¹⁹⁵. Heidegger afirma que el análisis de la angustia «tiene como única función no hacer visible un fenómeno central en el hombre, antes bien preparar la cuestión: ¿en base a qué sentido metafísico del ser-ahí mismo es posible que el hombre se pueda encontrar situado ante cosa semejante como es la nada?, pensar la angustia se co-funde con la posibilidad de pensar algo como la Nada cual Idea. Sólo cuando entiendo la nada o la angustia poseo la posibilidad de entender el ser. Este es incomprensible si la nada también lo es»¹⁹⁶. De ahí el que la «íntima posibilidad del conocimiento ontológico»¹⁹⁷ sea algo fortuito.

Desde el pensamiento clásico griego, basado en una concepción totalizadora del saber (es decir, como unidad que abarcaba metafísica, teología, física, ética), el hombre se ha planteado la pregunta por el sentido del mundo, por el sentido del ser, por el sentido del límite, del desmembramiento del cuerpo como experiencia. Sin embargo, la ciencia como tal no puede responder a estos interrogantes. Ni siquiera las ciencias modernas, que tienen cada una un campo de especialización propio, han conseguido contestar a la pregunta por el ser.

En la *Lógica*¹⁹⁸, nos recuerda Heidegger¹⁹⁹, Kant despliega los interrogantes del hombre, desde el corazón de la filosofía: «1. ¿Qué puedo saber?; 2. ¿Qué debo hacer?; 3. ¿Qué me está permitido esperar?; 4. ¿Qué es el hombre? La metafísica contesta a la primera pregunta, la moral a la segunda, la religión a la tercera y la antropología a la cuarta. Pero en el fondo se podrían todas contestar, por la antropología, puesto que las tres primeras cuestiones se reducen a la última»²⁰⁰.

Todas estas preguntas *a priori* desde la razón pura, en la práctica analítica no tienen valor alguno. Tomando distancia de la orientación de las disciplinas que pretenden responder a cuestiones que no admitirían, de por sí, ninguna respuesta cerrada, abogamos por otra actitud: lo que aquí se requiere es «dar un giro» a estas cuestiones, sacarlas de la ingenuidad, incluso

¹⁹⁵ RÜDIGER SAFRANSKI, *op. cit.*, p. 203.

¹⁹⁶ MARTIN HEIDEGGER, *Kant y el problema de la metafísica*, p. 217.

¹⁹⁷ ÍDEM, p. 215.

¹⁹⁸ IMMANUEL KANT, *Lógica*, Akal, Madrid, 2000.

¹⁹⁹ MARTIN HEIDEGGER, *op. cit.* p.175.

²⁰⁰ IMMANUEL KANT, *op. cit.*, p. 92.

de la esperanza y la compasión, y llevarlas bajo el paraguas de la *ética analítica*, que pone en tela de juicio, o al menos eso debería, el nudo retórico de la «buena voluntad» para desmontarlo. Desde esta perspectiva, las preguntas mencionadas se pueden invertir, por ejemplo ante un acceso de angustia que paraliza e interroga en silencio al sujeto, de la siguiente forma: desde el ¿qué puedo saber? a ¿qué no quiero saber y prefiero taponar?; del ¿qué debo hacer?, al ¿no estaré evitando hacer cualquier cosa para que todo siga igual?, del ¿qué me está permitido esperar? al ¿para qué he esperado?

En una entrevista, Jacques Lacan, en relación a la problemática de la angustia, afirma que la misma es:

Algo que se sitúa en el exterior de nuestro cuerpo, un temor, un temor de nada que el cuerpo pueda motivar. En suma, el miedo al miedo. Muchos de esos miedos, muchas de esas angustias, al nivel donde nosotros los percibimos, tienen algo que ver con el sexo. Freud decía que la sexualidad, para el animal parlante que llamamos hombre, no tiene remedio ni esperanza. Uno de los deberes del analista es encontrar en las palabras del paciente el lazo entre la angustia y el sexo, ese gran desconocido²⁰¹.

La angustia es ese afecto que captura al sujeto en una vacilación, cuando se ve confrontado con el deseo del Otro²⁰². A la idea de que la angustia, a diferencia del miedo, carece de objeto, Lacan contrapone la fórmula según la cual la angustia «no es sin objeto»²⁰³, objeto que considera «causa del deseo» y que denominó «objeto *a*». Este objeto *a* es el objeto sin el cual —esto es, sin la construcción previa de dicho objeto fantasmático por parte del sujeto (deseante)—, no hay angustia posible: esta aporía viene a decir que el deseo posibilita y construye el objeto *a*, un objeto ficticio, que a su vez sostiene y relanza el deseo. ¿Qué valor tiene esta paradoja para el trabajo clínico? Por un lado alerta al psicoterapeuta a obrar con cautela para no movilizar a un paciente en la dirección del deseo o intención de dicho terapeuta, por ejemplo obligando al paciente a realizar actividades que en sí para éste no tienen mayor valor que el de una imposición, y que sólo cumple por obediencia hacia el

²⁰¹ Del original «Freud per sempre», extracto de la entrevista realizada por Emilia Granzotto, publicado en la revista *Panorama de Roma* en Italia el 21 noviembre de 1974, p.159; versión en francés «Freud pour toujours, Entretien avec Jacques Lacan» en: www.ecole-lacanienne.net/documents/1974-11-21.doc, versión en castellano en red revista *El Sigma*: www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=11433

²⁰² El concepto de «Otro» (*Autre* en francés) en Lacan es complejo y central en su obra. Con él designa la alteridad radical que trasciende la ilusión del registro de lo *imaginario*, equiparándolo con el *lenguaje* y la *ley*, inscripto por tanto en el registro de lo *simbólico*. En esto Lacan es tajante: la palabra del sujeto no se origina en el *yo* que pertenece al registro de lo imaginario, a la imagen especular que recibe de sí mismo el sujeto, sino que viene de otro lugar, desde fuera de la conciencia: «el inconsciente es el discurso del Otro». Quien ocupa inicialmente el lugar del Otro es la madre, ya que es ella quien *recibe* los primeros balbuceos y llantos del niño.

²⁰³ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 10: La angustia*, op. cit., p. 171.

terapeuta, la institución para la que trabaja o hacia su propia familia, pero sin convicción ninguna, actividades que el paciente/usuario irremediablemente abandonará, incrementando de este modo su propia frustración: el que impone (el terapeuta en este caso) no dispone (del deseo del otro). Por otro, dicha paradoja en relación al deseo del paciente confronta al terapeuta (y a la institución a la que pertenece) con su desconocimiento sobre sus propias resistencias y límites (de formación y práctica), que debería —y aquí sí la imposición (ética) es pertinente— analizar(se) y supervisar con un tercero, que desde fuera de la propia escena terapéutica e institucional aporte una mirada con el menor sesgo posible sobre qué problemáticas están en juego en un caso particular.

Para que un sujeto pueda ser deseante, dice Lacan, es necesario que un objeto causa de su deseo tenga la posibilidad de faltar, de no estar. De este modo, contra la opinión corriente, lo que engendra la angustia en un lactante no es que ese seno pueda llegar a faltarle, sino que lo invada con su omnipresencia. Es la *posibilidad* de su ausencia, frente a la presencia invasora, la que preserva al niño, más allá de la satisfacción de la demanda de éste por parte de la madre; esta separación es la que posibilita la constitución de un campo del deseo más allá del de la necesidad:

Lo más angustiante que hay para el niño se produce, precisamente, cuando la relación sobre la cual él se instituye, la de la falta que produce deseo, es perturbada, y ésta es perturbada al máximo cuando no hay posibilidad de falta, cuando tiene a la madre siempre encima, en especial limpiándole el culo (...) ²⁰⁴.

Una madre «suficientemente buena» ²⁰⁵, en ese sentido, sería una madre deseante más allá de su hijo, una madre para la que el hijo no represente el único depositario de su deseo. Lacan grafica este juego de deseos de la siguiente manera:

El papel de la madre es el deseo de la madre. Esto es capital. El deseo de la madre no es algo que pueda soportarse tal cual, que pueda resultarles indiferente. Siempre produce estragos. Es estar dentro de la boca de un cocodrilo, eso es la madre. No se sabe que mosca puede llegar a picarle de repente y va y cierra la boca. Eso es el deseo de la madre. (...) Hay un palo, de piedra por

²⁰⁴ IBÍDEM, p. 64.

²⁰⁵ Concepto desarrollado por Winnicott que ha dado lugar a malentendidos e interpretaciones sesgadas. Winnicott se refiere a la función que debe cumplir la madre como garante de un ambiente facilitador para la adaptación del bebé, esto es, una madre presente pero no omnipresente al modo de la madre de Mitch en la película de Hitchcock *Los pájaros*, que analizaremos en el capítulo IX de este trabajo para pensar el lugar que ocupan la familia y las relaciones parentales en el desarrollo del niño.

supuesto, que está ahí, en potencia, en la boca, y eso la contiene, la traba. Es lo que se llama el falo. Es el palo que te protege si, de repente, eso se cierra²⁰⁶.

El hijo/a tiene que desprenderse (separación) de la relación simbiótica imaginaria (alienación) con la madre o de quien asume el rol materno —figura necesaria inicialmente para sobrevivir—, para poder acceder al orden social: si no lo logra está expuesto a un espectro de diversos modos de estar en el mundo, que van desde los fóbicos a los perversos. El agente que debe acudir a intervenir en esta separación vital es el padre, o quien asuma ese rol, que Lacan denomina *función paterna* —función simbólica que luego Lacan definirá como «nombre-del-padre»—. Un fracaso en la comparecencia del padre en su función, dejará al niño en manos del deseo caníbal materno.

Al afirmar, de un modo enigmático, que la angustia no es sin objeto, Lacan plantea que lo que la pone en marcha es un tipo distinto de objeto, que no puede simbolizarse de igual modo que los objetos «reales» y cotidianos. A este objeto lo llamó «objeto *a*», que es cualquier objeto que moviliza al deseo. Lacan lo vinculó con el *agalma*²⁰⁷, *agalmata* en plural, —*ἀγάλματα*²⁰⁸, palabra griega que significa ornamento, imagen de una divinidad, literalmente cualquier cosa que confiere honor, gloria, o deleite—: ese objeto precioso y oculto es el objeto de deseo que buscamos en el otro. Objeto que nunca puede alcanzarse, pero sin embargo se persigue incansablemente, objeto que es realmente causante del deseo humano y que nunca está frente al sujeto, sino que podríamos decir que está a sus espaldas. Ese objeto es un puro semblante, un simulacro, un señuelo, lo cual «no le impide desencadenar toda una serie de consecuencias que regulan nuestra vida y nuestros hechos «materiales, efectivos»²⁰⁹. El concepto de objeto *a* deriva de una lectura particular que Lacan hace del concepto de *objeto transicional* elaborado por Winnicott²¹⁰, ampliando su ya de por sí precioso valor para la clínica. El espacio que el sujeto construye alrededor de ese *objeto* es más importante que el propio objeto en sí, es un espacio de ilusión sobre el que se lanza, en su busca, el deseo: el

²⁰⁶ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 17: El reverso del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 2002, p. 118.

²⁰⁷ ÍDEM, *El Seminario, libro 8: La transferencia*, Paidós, Buenos Aires, 2003.

²⁰⁸ En *El banquete* de Platón, Alcibiades elogia a su maestro Sócrates atribuyéndole a éste «un espléndido tesoro en su interior», que Sócrates niega contener. Dice Alcibiades: «Pasa toda su vida ironizando y bromeando con la gente; mas cuando se pone serio y se abre, no sé si alguno ha visto las *imágenes* de su interior. Yo, sin embargo, las he visto una vez y me parecieron que eran tan divinas y doradas, tan extremadamente bellas y admirables, que tenía que hacer sin más lo que Sócrates mandara», a lo que Sócrates responde: «(...) mi feliz amigo, examínalo mejor, no sea que te pase desapercibido que no soy nada. La vista del entendimiento, ten por cierto, empieza a ver agudamente cuando la de los ojos comienza a perder su fuerza, y tú todavía estás lejos de eso», PLATÓN, *El banquete* en *Diálogos III*, Gredos, Madrid, 2000, 216e, p. 272 y 219a, p. 275, comentado en WILLIAM K. CHAMBERS GUTHRIE, *Historia de la filosofía griega*, libro IV, *Platón, el hombre y sus diálogos*, Gredos, Madrid, 1991, p. 365, n. 135.

²⁰⁹ SLAVOJ ŽIŽEK, *Mirando al sesgo*, Paidós, Buenos Aires, 2000, p. 30.

²¹⁰ DONALD WINNICOTT, *Realidad y juego*, Gedisa, Barcelona, 2001.

deseo humano es el deseo de un deseo, a diferencia del animal, cuyo deseo (necesidad) es deseo de un objeto.

El concepto de objeto *a* —concepto que ha dado lugar a malentendidos, como la mayoría de los propuestos por Lacan, quizá a raíz de la oscuridad y cripticidad, a mi modo de ver pretenciosas e innecesarias, de las que sus seguidores revistieron la «transmisión y enseñanza» de la teoría de Lacan, imitando a menudo el estilo *lacaniano*, lo que no deja de ser una injustificada operación de clonación— nos permitirá desarrollar en otro lugar de este trabajo las problemáticas de la toxicomanía, la anorexia-bulimia, el fetichismo y sus objetos asociados, alrededor de los cuales aparentemente giran dichas patologías, es decir, la droga, la comida, los objetos fuente de fetichismo, como la moneda, una prenda de vestir, un calzado, etc.

En el seminario dedicado a la angustia, Lacan señala que la angustia media entre el *goce* y el *deseo*: «La angustia es, pues, término intermedio entre el goce y el deseo, en la medida en que es una vez franqueada la angustia, fundado en el tiempo de la angustia, como el deseo se constituye»²¹¹; esta afirmación podría graficarse del siguiente modo:

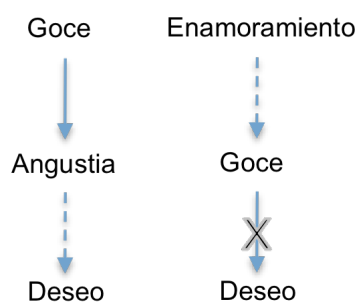


Figura 5. Vías de acceso al Deseo.

El estado de enamoramiento puede ser un señuelo, una pista falsa de acceso al deseo; esto se desprende de la equivalencia que hace Freud de dicho estado y del de la hipnosis: «Del enamoramiento a la hipnosis no hay gran distancia; siendo evidentes sus coincidencias. El hipnotizado da, con respecto al hipnotizador, las mismas pruebas de humilde sumisión, docilidad y ausencia de crítica que el enamorado con respecto al objeto de su amor»²¹². La posibilidad de acceso al deseo no pasa por el encandilamiento que provocan los objetos del mundo, que obnubilan y obstaculizan el camino hacia él, sino que pasa por otra experiencia, *real* y auténtica, que confronta al sujeto con su propio ser-en-el-mundo: la de la angustia. Sin

²¹¹ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 10: La angustia, op. cit.*, p. 190.

²¹² SIGMUND FREUD, *Psicología de las masas y análisis del yo, O.C.*, p. 2591.

que esto parezca una apología del sufrimiento que la angustia invoca, podemos decir que sin ella el sujeto habita un espacio enajenante.

Se han realizado estudios estadísticos, mediante encuestas e incluso pruebas neurofisiológicas, para detectar qué parte de la anatomía cerebral se excita ante la presencia de ciertos estímulos, impulsando al sujeto a ejecutar actos irracionales, para intentar entender, por ejemplo, el por qué en los últimos años los ciudadanos-clientes cayeron en la trampa de «compra» de bienes inmuebles cuyo «valor» se incrementaba de continuo²¹³. Más allá de la aparente y estéril sofisticación exploratoria, los científicos intentaron explicar el por qué de estas conductas, esto es, ¿qué intención o motivación subyace en el deseo de estos clientes cuando el resultado de las inversiones pone en peligro el patrimonio y «salud mental» de los mismos a raíz de las nefastas adquisiciones? Estas conductas humanas, mezcla de ambición desbordada, decisiones contraproducentes e «imprudencia», podrían dibujarse en dos consignas contrapuestas: del «¡enamórate (encandílate) y alucinarás!» al «¡angústiate y desearás!». Aristóteles invocaba la prudencia como una virtud que permite al hombre deliberar rectamente sobre lo que es bueno y conveniente para sí mismo, afirmando que la investigación y estudio de dicha «virtud» escapa a la ciencia²¹⁴.

La angustia, que trastoca e interrumpe la cotidianeidad del ser y que no es un trastorno ni una «psicopatología», se presenta en todo sujeto, al menos alguna vez en la vida: la formación de un síntoma fóbico, por ejemplo, es una de las salidas posibles a la experiencia de dolor de la angustia, salida que siempre llevará un coste. Pero como hemos destacado, y por paradójico que parezca, la angustia es lo que posibilita el acceso al deseo.

En referencia al caso del niño Hans²¹⁵, que presenta una fobia infantil, Lacan afirma que lo que da origen a la angustia del pequeño no es la separación de la madre, sino la falta o el fracaso de esa separación, lo cual viene a subvertir el sentido que en otras teorías se le atribuye a la separación del indefenso infante del seno materno. La angustia no sería así la ausencia del «pecho nutricional», protector, sino la presencia abrumadora de éste, es decir, la puesta de la totalidad del deseo materno en el hijo. En los casos en que la angustia en el adulto se torna insoportable, éste pueda optar por «salidas» sintomáticas como las llamadas *acting out* y el *pasaje al acto*, dos modos de respuesta y salida que veremos a continuación.

²¹³ Véase el documental de TVE, «El poder del dinero», del 4 de diciembre de 2011: <http://www.rtve.es/alacarta/videos/documentos-tv/documentos-tv-poder-del-dinero/1265503/>

²¹⁴ ARISTÓTELES, *Ética Nicomáquea*, Gredos, Madrid, 2003, Libro VI, p. 275.

²¹⁵ SIGMUND FREUD, «Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso Hans)», *O.C.*

3. PASAJE AL ACTO Y *ACTING OUT*

El término *acting out* corresponde a la traducción inglesa realizada por James Strachey del término alemán *Agieren* utilizado por Freud para referirse al proceso por el cual, al reprimirse el recuerdo de actos y hechos del pasado, el sujeto está condenado a repetirlos actuándolos; la cura analítica busca romper ese ciclo de repeticiones cuyo desencadenante es el sujeto mismo y que por sí solo éste no es capaz de detener.

Podemos decir que el analizado no *recuerda* nada de lo olvidado o reprimido, sino que lo *vive de nuevo*. No lo reproduce como recuerdo, sino como acto; lo *repite* sin saber, naturalmente, que lo repite. Por ejemplo: el analizado no recuerda haberse mostrado rebelde a la autoridad de sus padres, sino que se conduce en esta forma con respecto al médico²¹⁶.

El *acting out* es un mensaje cifrado, un llamado, un reclamo, dirigido a alguien significativo, pero cuyo significado y destinatario —el real generalmente es el equivocado— el sujeto ignora. El *acting* implica la ejecución de actos que presentan un carácter impulsivo, ya sean dentro o fuera de la sesión analítica, que escapan aparentemente a la voluntad y motivación del sujeto, que en lugar de recordar y reflexionar sobre un acto del pasado, lo actúa y repite ciegamente. Fue Lacan quien propuso una diferenciación conceptual entre las expresiones *pasaje al acto* y *acting out*, que hasta entonces se utilizaban indiferentemente. El *pasaje al acto*, que por su parte no se dirige aparentemente a nadie en concreto, define aquellos actos violentos o incluso suicidas que un sujeto puede llevar a cabo, por ejemplo en el marco de un acceso histérico grave o en el inicio de un episodio psicótico agudo. El *pasaje al acto*, a diferencia del *acting*, tiene algo de irreversible, de irreparable. El *acting out*, en cambio, es un síntoma²¹⁷, por tanto cabe la posibilidad de interpretarlo. Ambos actos son modos desesperados de huida o fuga de la angustia, con la crucial diferencia de que en uno, en el *acting out*, el sujeto permanece en la *escena*, y en el otro, el *pasaje al acto*, se produce la salida salvaje de ella, la que conlleva una abolición total del sujeto, un verdadero —y en ocasiones, literal— «salto al vacío», que puede aparecer camuflado por un supuesto acto «accidental» —por ejemplo, accidentes de tráfico con ingesta previa de alcohol—. En una nota a pie de página en *Psicopatología de la vida cotidiana*, añadida en 1924, Freud advierte de estos fenómenos:

²¹⁶ SIGMUND FREUD, «Recuerdo, repetición y elaboración», *O.C.*, p. 1684-1685.

²¹⁷ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 10: La angustia*, *op. cit.*, p. 138.

En muchos de estos casos de lesiones o muerte por accidente queda dudosa la interpretación. Las personas ajenas a la víctima no hallarán motivo alguno para ver en la desgracia cosa distinta de un accidente fortuito, mientras que sus familiares y amigos, conocedores de sus intimidades, podrán encontrar razones para sospechar la existencia de una intención inconsciente²¹⁸.

El *pasaje al acto*, constituye un modo de rechazo del Otro por parte del sujeto-actor, apuntando así a la ruptura del vínculo social: fenómenos como las manías a intoxicarse, el rechazo del alimento o el abuso de él, buscan, cada uno a su manera, rebelarse ante aquél. Ese Otro simbólico no sólo es el lenguaje, sino que incluye todas las *formas ideológicas existentes* en la «cultura», esto es, las estructuras familiares, las formas morales, religiosas y económicas, etc.²¹⁹ Partiendo de las propuestas de la psiquiatría clásica, Lacan retoma la idea de las acciones impulsivas de Jaspers:

Cuando los movimientos instintivos llegan a la descarga diversamente, sin lucha, ni decisión, pero bajo el control oculto de la personalidad, se habla de *acciones instintivas*. Si los fenómenos no son contenidos, ni contenibles, ni controlados, se habla de *acciones impulsivas*. Anormales se les llama cuando no es concebible ninguna posibilidad para nuestra comprensión empaticante, por la que habrían podido ser reprimidas.

Se dan a menudo en psicosis agudas, en confusiones mentales (...) Acciones impulsivas, es verdad, pero no acciones patológicas impulsivas, son en cambio las acciones más comunes de la vida cotidiana²²⁰.

Lacan convierte esta descripción psiquiátrica en un concepto con valor clínico, más allá de la mera enumeración de conductas «desviadas» o «violentas» bajo el marco de lo impulsivo, automático e irracional. Un *pasaje al acto* fallido, esto es, una violenta salida de la escena, da la posibilidad de instaurar un acto analítico, es decir, de insertarlo dentro de un marco de tratamiento: en ese caso, si el paciente accede a éste, el analista y el equipo terapéutico no deben apuntar a intentar comprender dicho acto frustrado, ni a buscar motivos, ni una explicación causal (premisa que considero capital en todo caso clínico, pero aún es más clave en estos casos), ya que esa búsqueda conduce inevitablemente a buscar la justificación del acto, a desresponsabilizar al actor del mismo. Muy diferente es que el propio paciente llegue a construir una explicación de los motivos que él cree lo llevaron a ejecutarlo, lo cual, a pesar de lo posiblemente erróneo de la explicación, orienta al paciente a la posibilidad de reubicarse frente a la relación con el Otro simbólico. Por tanto acompañar, mediante el acto analítico, al

²¹⁸ SIGMUND FREUD, «Psicopatología de la vida cotidiana», *O.C.*, p. 872, n. 453.

²¹⁹ LOUIS ALTHUSSER, *op. cit.*, «Cartas a D...», p. 89.

²²⁰ KARL JASPERS, *Psicopatología general*, Fondo de Cultura Económica, México D-F., 2010, p. 136.

sujeto a transitar ese oscuro sendero que va desde el *pasaje al acto* fallido al *acting out* requiere trabajar la articulación del sujeto con su propio discurso, esto es, un «pasaje» del acto a la palabra que quedó clausurada antes del *pasaje al acto*.

Como ejemplos de *acting out* tenemos algunos pequeños y aparentemente insignificantes accidentes en los que el sujeto se siente ajeno a su producción²²¹; esto dificulta la delimitación de un *acting* (por ejemplo, el olvido de una cita o sesión analítica) respecto a un *fallido*. El fallido es el acto a través del cual, pese a que el sujeto tiene una intención previa diferente, emerge algo inesperado, no previsto, que el sujeto considera como un «error», buscando su justificación en una equivocación o un producto del azar. El fallido irrumpe en «(...) aquellas conductas que el individuo habitualmente es capaz de realizar con éxito, y cuyo fracaso tiende a atribuir a la falta de atención o al azar²²²». El *acting*, por su parte, es ese acto «inmotivado» que el sujeto no puede explicar ni tampoco explicarse, es una conducta sostenida por el paciente, que, incluso por repetida, puede pasar desapercibida por los cercanos (e incluso, el terapeuta) o considerarse como un «rasgo de carácter o personalidad» del actor: «él es así» o «yo soy así».

El *pasaje al acto*, como agresión a un semejante o como autoagresión, invita a reflexionar brevemente sobre la distinción que Lacan hizo de los términos *agresión* y *agresividad*:

Se cree que la agresividad es la agresión. Sin embargo, no tienen nada que ver la una con la otra. Sólo en su límite, virtualmente, la agresividad se resuelve en agresión. Pero la agresión nada tiene que ver con la realidad vital: es un acto existencial vinculado a una relación imaginaria²²³.

En ocasiones el sufrimiento de un sujeto presenta un lado de reivindicación orgullosa, agresiva, entrando en escena la *reacción terapéutica negativa* «bajo la forma de esa resistencia del amor propio»²²⁴ que obstaculiza una y otra vez el trabajo analítico. En ese sentido, algunos pacientes, al vislumbrar que se aproximan a salir del atolladero en que se encuentran, actúan de diversos modos, todos apuntando en la misma dirección: «olvidan» el pago de honorarios, plantean la posibilidad de reducción del número de sesiones aduciendo mejoría o dificultades (inexistentes) de dinero, etc. parte del analista-terapeuta. En cambio, la agresividad es estructural en todo ser humano:

²²¹ JEAN LAPLANCHE; JEAN-BERTRAND PONTALIS, *Diccionario de psicoanálisis*, Paidós, Barcelona, 1993, p. 7.

²²² IBÍDEM, p. 9.

²²³ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro I: Los escritos técnicos de Freud*, Paidós, Buenos Aires, 1998, p. 263.

²²⁴ ÍDEM, «La agresividad en psicoanálisis» en *Escritos*, Siglo XXI, México D.F., 2001, p. 100.

La noción de la agresividad responde por el contrario al desgarramiento del sujeto contra sí mismo, desgarramiento cuyo momento primordial conoció al ver a la imagen del otro, captada en la totalidad de su Gestalt, anticiparse al sentimiento de su discordancia motriz, a la que estructura retroactivamente en imágenes de fragmentación²²⁵.

Remite Lacan en su formidable texto al propio San Agustín, que en sus *Confesiones* ya se adelantaba a las tesis psicoanalíticas: «Ví con mis propios ojos y conocí bien a un pequeñuelo presa de los celos. No hablaba todavía y ya contemplaba, todo pálido y con una mirada envenenada, a su hermano de leche»²²⁶. San Agustín destaca una evidencia: la preeminencia estructural de la agresividad en nuestra civilización, que ésta acepta incluso como virtud y posibilidad de supervivencia: «De este modo el éxito de Darwin parece consistir en que proyecta las predaciones de la sociedad victoriana y la euforia económica que sancionaba para ella la devastación social que inauguraba a la escala del planeta, en que las justifica mediante la imagen de un *laissez-faire* de los devorantes más fuertes en su competencia por su presa natural»²²⁷. Resalta Lacan que antes de Darwin fue Hegel quien había profetizado «la ley de hierro» de nuestro tiempo al teorizar la función de la agresividad en la ontología humana, mediante la figura del «Amo» y su estéril tiranía y del «Esclavo» y la fecunda tiranía de su trabajo, de donde deduce todo el progreso subjetivo y objetivo de nuestra historia²²⁸.

Nuestra sociedad acéfala, alimentando esa agresividad estructural y utilizándola como combustible, promueve la fortaleza del «yo» individual «conforme a la concepción utilitarista del hombre», que sólo lo conduce a «un aislamiento del alma cada vez más emparentado con su abandono original»²²⁹. El combate por obtener «territorio» y reconocimiento del otro, a cualquier precio, se configura en una encrucijada de líneas ciegas que Freud «tuvo la audacia»²³⁰ de formular como *pulsión de muerte*: «(...) la guerra muestra ser más y más la comadróna obligada y necesaria de todos los progresos de nuestra organización»²³¹. Este utilitarismo mercantil aborta la esencia intersubjetiva del deseo humano, reduciéndolo al triángulo perverso de necesidad-objeto-demanda enmarcado en el circuito cerrado del goce «individual» que rechaza, por tanto, la referencia al otro. El *deseo* es un llamado de apertura dirigido al otro: desear es reconocer una falta que a su vez empuja al sujeto deseante en busca del Otro como alteridad, búsqueda infructuosa que humaniza mediada por ese ágalma (objeto

²²⁵ ÍDEM, «Variantes de la cura tipo» en *Escritos*, Siglo XXI, México D.F., 2001, p. 336.

²²⁶ ÍDEM, «La agresividad en psicoanálisis», *op. cit.* p. 107; véase SAN AGUSTÍN, *Confesiones*, Tecnos, Madrid, 2010, libro I, 7:11, p. 154.

²²⁷ ÍDEM, p. 113.

²²⁸ ÍDEM.

²²⁹ ÍDEM.

²³⁰ ÍDEM, p. 116.

²³¹ ÍDEM, p. 115.

a) que no existe, pero en su inexistencia, es causa del deseo. Aquí alcanza su mayor relevancia el concepto de «sujeto» en psicoanálisis: el sujeto no es del orden de lo subjetivo, ni del «yo», ni del individuo y su «personalidad». El sujeto es lo que se define «en sentido estricto como efecto del significante»²³². Ese sujeto que debe entrar en el juego de reconocimiento de las acciones y palabras propias y del otro, en virtud de una regla de reciprocidad ética y no moral. Si eso no se construye, queda un sujeto atormentado y «sujetado» por las correas del Otro.

El *pasaje al acto* puede ser una salida irreversible, un derrumbe, una caída de la escena de la lucha por el reconocimiento y el deseo, un intento de romper esas correas sociales que nos atan al deseo de ser reconocidos, cuando el sujeto está atrapado en ese circuito de *goce* intolerable, atravesando los cuerpos imaginarios —el propio o el de los otros— y llegando al cuerpo biológico: el *pasaje al acto* en ese sentido es un *salto al vacío*, no un acto emancipatorio. En ese sentido el *pasaje al acto* representa la renuncia a la lucha, a la palabra, y asimismo la más grave capitulación del sujeto, como se observa, por ejemplo, en la existencia (de camuflaje) esquizofrénica, que se manifiesta en la entrega al internamiento psiquiátrico, donde el sujeto se constituye en juguete y víctima²³³, cuestión que retomaremos más adelante en este trabajo. En ese sentido, las automutilaciones histéricas son un modo de querer desprenderse (del cuerpo) de esa invasión del Otro, son *acting out* que pueden desembocar en la muerte biológica sin pretenderlo, como anteriormente señalamos.

4. ABURRIMIENTO CONTEMPORÁNEO Y EVASIÓN

(...) una generación incapaz de soportar el aburrimiento
será una generación de hombres pequeños...

Bertrand Russell, *La conquista de la felicidad*

(...) todo hombre (...) se convierte en cierta medida en un
comerciante.

Adam Smith

Nuestra sociedad actual, hedonista, rindiendo culto a la omnipotencia de la técnica y los objetos que produce, promete la posibilidad de controlar la naturaleza humana, esto es, operar sobre la vida, la vejez, la enfermedad y la muerte: todo padecimiento se nos afirma que es

²³² JACQUES LACAN, «Mi enseñanza, su naturaleza y sus fines» en *Mi enseñanza*, Paidós, Buenos Aires, 2007, p. 103.

²³³ ALPHONSE DE WAELEHENS, *La psicosis. Ensayos de interpretación analítica y existencial*, Ediciones Morata, Madrid, 1982, pp. 31-32.

factible de ser resuelto a través del consumo de objetos y fármacos. El racionalismo imperante en nuestras sociedades, que a través de sus medios publicitarios y políticos de divulgación juega con la credulidad de los ciudadanos, insiste en que es posible alcanzar un estado de bienestar a través de la pretendida existencia de un objeto adecuado para cada necesidad, objeto que puede obtenerse rápidamente, imponiendo de esta forma un modo de pensar en la cultura basado en la «confianza» de que hay relación entre razón y pensamiento, esto es, que en el pensar de la razón se muestran lo verdadero y la verdad.

Paralelamente, este racionalismo postmoderno induce sutilmente una despolitización de las sociedades actuales, que se refleja en el escaso interés, en general, por los discursos del pensamiento moderno que han producido una ruptura epistemológica con las ilusiones de un saber inmediato, así como en la anecdótica participación de los sujetos en movimientos sociales comunitarios, a menudo sin contemplar ni investigar dichos discursos que posibiliten dar consistencia a esos legítimos y necesarios movimientos. La ciencia y la técnica —en las que se pretende introducir las «ciencias del alma», esto es, la psicología, la psiquiatría, etc.— van dejando grietas ante las cuales ese dios con prótesis, como llamó Freud al hombre contemporáneo, no siempre puede responder de la mejor manera.

En la vida, la única función que nos ha sido dada de antemano es la de ser hijo, puesto que las demás funciones sociales —como son la de ser estudiante, trabajador, amigo, pareja, padre, madre, etc.— requieren apoderarse de ellas y construirlas, y en la medida que éstas se constituyen la función de *ser* hijo (y *dejar* de serlo) cobra sentido. El peso de la existencia, por consiguiente, se sostiene sólo al precio de un trabajo, un esfuerzo que no todos los sujetos están en disposición de recorrer y ante el que muchos se derrumban. El individuo contemporáneo, en cambio, es sumergido en una búsqueda de «placer» y «rendimiento» con el mínimo esfuerzo, empujado a la producción de riqueza o plusvalía sin trabajo —piénsese en el ciudadano que deviene un pequeño especulador inmobiliario al considerar que su última adquisición se revaloriza por el sólo hecho de que un nuevo transporte público pasa frente a ella—, esperando así un beneficio sin producción y sin trabajo previo que lo conduce inexorablemente a un atolladero.

A su vez parece imperar en la sociedad contemporánea la obligación de tener una existencia libre de aburrimiento. Russell nos recuerda que «una vida demasiado llena de excitación es una vida agotadora, en la que se necesitan continuamente estímulos cada vez más fuertes para obtener la excitación que se ha llegado a considerar como parte esencial del

placer»²³⁴. Existe, en cambio, una monotonía fructífera que posibilita la construcción de un proyecto de vida que no será posible en una vida llena de distracciones y disipaciones.

En la introducción de *Psicología de las masas y análisis del yo*²³⁵, Freud afirma que no es posible estudiar los caminos que un hombre aislado recorre para alcanzar la satisfacción de sus deseos o intereses sin considerar las relaciones y vínculos que tiene con sus semejantes, con la comunidad y su cultura. El *hombre-cliente* contemporáneo, con gran dificultad para construir una identidad o sostenerla, dificultad que parece incrementarse día a día, temeroso habitando un mar de incertidumbres económicas y sociales, busca a través de la posesión de bienes y objetos, que no siempre poseen utilidad práctica, compensar o taponar de algún modo el vacío y el miedo a *no-ser*: el consumo, dice Pichón-Rivière, se vuelve una forma de socialización²³⁶. A su vez las políticas gubernamentales de inyección de rumor y pánico, alternadas por momentos de euforia bursátil y *risk premium* («prima de riesgo»), acentúan el carácter ciclotímico y pusilánime de una sociedad que promete atrapar un *botín* en cualquier momento.

5. NECESIDAD, DEMANDA, DESEO

El deseo es la esencia misma del hombre en cuanto es concebida como determinada a hacer algo en virtud de una afección cualquiera que se da en ella.

Baruch Spinoza,
Ética demostrada según el orden geométrico

El deseo de un sujeto no es equivalente a sus necesidades. El deseo (inconsciente) presenta en sí mismo un carácter de amenaza paradójica para el sujeto. El deseo es el corazón de la existencia humana y la preocupación central del psicoanálisis es la cuestión del deseo inconsciente. Uno de los senderos que el psicoanálisis implícitamente propone a un sujeto es llevarlo a reconocer algo sobre la *verdad* de su deseo, articulándolo en palabras, trayéndolo a la existencia y *produciéndolo* al nombrarlo. Ahora bien, el trabajo no es tan sencillo, ya que al intentar articular el deseo a la palabra, dado el carácter irreductible del inconsciente, siempre quedará un resto, algo que no podrá decirse. En el niño, que nace en un estado de desamparo (precocial), la necesidad, como requerimiento del organismo, desaparece temporalmente cuando es satisfecha por otro; puesto que él no puede satisfacer por sí solo inicialmente sus

²³⁴ BERTRAND RUSSELL, *La conquista de la felicidad*, Debolsillo, Barcelona, 2011, p. 61.

²³⁵ SIGMUND FREUD, *Psicología de las masas y análisis del yo*, O.C.

²³⁶ ENRIQUE PICHÓN-RIVIÈRE; ANA P. DE QUIROGA, *Psicología de la vida cotidiana*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1985, p. 56.

necesidades, debe exponerse vocalmente, articulando su necesidad como demanda. Poco a poco la presencia del otro (la madre, por lo general) va adquiriendo importancia por sí misma más allá de la satisfacción de la necesidad, de tal modo que dicha demanda sirve como articulación de la necesidad y como demanda de otra cosa: *demanda de amor*. Pero aquí las cosas empiezan a complicarse, aun más si cabe: si bien el otro puede proporcionar los objetos que el niño requiere para satisfacer sus necesidades, hay algo que no podrá proporcionar, a saber, esa incondicionalidad que el niño anhela. Un anhelo de amor permanecerá insatisfecho y relanzará la demanda de amor, acorde a una fórmula que a partir del discurso de Lacan se podría expresar de la siguiente manera:

$$\{(deseo) = (demanda\ de\ amor) - (necesidad)\}$$

El deseo no es el apetito de satisfacción, ni la demanda de amor, sino la diferencia que resulta de sustraer el primero de la segunda, el fenómeno mismo de la escisión²³⁷.

La realización del deseo no consiste, paradójicamente, en su satisfacción, sino en su reproducción como deseo. Aquí Lacan sustrae totalmente el concepto de deseo del reino de la biología y la psicología. Otra cuestión a destacar es la distinción entre *deseo* y *pulsión*: el deseo es uno, mientras que las pulsiones son muchas; las pulsiones son las manifestaciones parciales de una fuerza única denominada *deseo*. Lacan plantea que sólo hay un objeto de deseo, al que denominó *objeto a*, representado a su vez por una variedad de objetos parciales: planteado de este modo el deseo no es una relación con un objeto, sino la relación con una *falta*. Otra fórmula que Lacan reitera con insistencia es aquella que plantea que «el deseo es el deseo del Otro²³⁸», formulando así que el objeto de deseo está mediado por el deseo de otro; a su vez el sujeto desea ser objeto de deseo del otro, esto es, ser reconocido por el otro. Esta idea tiene su raíz en la lectura que Kojève hace de la Fenomenología del espíritu de Hegel, y que Lacan recoge haciendo del *deseo* un concepto central de su pensamiento:

El Deseo humano debe dirigirse sobre otro Deseo. (...) el Deseo es humano si uno desea no el cuerpo, sino el Deseo del otro, si quiere «poseer» o «asimilar» el Deseo tomado en tanto que Deseo, es decir, si quiere ser «deseado» o «amado», o más todavía, «reconocido» en su valor humano, en su realidad de individuo humano. Asimismo el Deseo que se dirige hacia un objeto

²³⁷ JACQUES LACAN, «La significación del falo» en *Escritos*, Siglo XXI, México, 2001, p. 671.

²³⁸ JACQUES LACAN, «Kant con Sade» en *Escritos*, Siglo XXI, México, 2001, p. 760.

natural no es humano sino en la medida en que está «mediatizado» por el Deseo de otro dirigiéndose sobre el mismo objeto: es humano desear lo que desean los otros, porque lo desean²³⁹.

Lo que hace que un objeto sea deseable no es ninguna cualidad intrínseca del mismo, sino el hecho de que es deseado por otro. De esta manera el deseo (inconsciente) se constituye en una relación dialéctica con los deseos percibidos de otros sujetos. Así, un objeto inútil desde el punto de vista práctico puede ser deseado por el sólo hecho de ser objeto de deseo de otro sujeto. El deseo humano, por tanto, no es natural, no tiene correspondencia en la realidad animal, superando el deseo de conservación; el deseo humano es un deseo dirigido sobre otro deseo, es decir un deseo de reconocimiento²⁴⁰, por tanto sólo se construye en la relación con los otros. Freud, en la introducción de uno de sus trabajos capitales, ya resaltaba que la llamada psicología individual pierde valor al pretender estudiar al hombre aislado que intenta alcanzar la satisfacción de sus pulsiones, ya que sólo en condiciones excepcionales al hombre es dado prescindir de las relaciones con sus semejantes²⁴¹.

6. EL CUERPO DE LAS PASIONES, LAS PASIONES DEL CUERPO

Por el solo hecho de imaginar que alguien goza de una cosa amaremos esa cosa y desearemos gozar de ella. Ahora bien imaginamos que se opone a esta alegría el hecho de que él goce de esa misma cosa; por consiguiente nos esforzaremos para que no la posea.

Baruch Spinoza, *Ética demostrada según el orden geométrico*

El psicoanálisis se diferencia de cualquier psicología de las emociones al pensar el afecto humano en relación al lenguaje de las pasiones. Para Jacques Lacan las pasiones fundamentales son el amor, el odio y la ignorancia, siendo la angustia el afecto por excelencia, afecto éste relacionado al modo en que el sujeto es afectado por el deseo del Otro. El afecto angustioso es una señal que no puede ser reprimida, en todo caso podrá ser desplazada o transformada. Una primera clasificación de las neurosis, que mantendrá a lo largo de su obra, Freud la elabora según el modo en que el sujeto se comporta en relación a sus afectos. En una de sus cartas escribe a Fliess:

²³⁹ ALEXANDRE KOJÈVE, *La dialéctica del amo y el esclavo en Hegel*, Leviatán, Buenos Aires, 2006, p. 12.

²⁴⁰ IBÍDEM, p. 14.

²⁴¹ Tal como señala Freud en la introducción de *Psicología de las masas y análisis del yo*: «En la vida anímica individual aparece integrado siempre, efectivamente, «el otro», como modelo, objeto, auxiliar o adversario, y de este modo, la psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado», SIGMUND FREUD, *O.C.*, p. 2563.

Tengo todavía centenares de lagunas grandes y pequeñas en la cuestión de las neurosis pero me aproximo a un panorama de conjunto y a unos puntos de vista generales. Conozco tres mecanismos: el de conversión de los afectos (histeria de conversión); el del desplazamiento del afecto (representaciones obsesivas); y el de la permutación de afecto (neurosis de angustia y melancolía)²⁴².

En esta aproximación de Freud a una formulación de las tres neurosis clásicas, vemos que las mismas son el resultado del modo particular que tiene un sujeto de defenderse ante un conflicto intolerable pero inconsciente. Sufrir de modo obsesivo es sufrir en el pensamiento a través de contenidos insistentes, repetitivos, que no aportan ninguna solución al contenido de la problemática en cuestión; hacerlo de modo fóbico es proyectar hacia el mundo exterior y sus objetos ese conflicto interior, transformando un objeto (o varios) en amenazador, fóbico; sufrir de modo histérico, es sufrir en el cuerpo físico, padeciendo dolores sin base somática en un órgano concreto, en un cuerpo indiferenciado y erotizado en su totalidad, como sucede en la llamada «fibromialgia»²⁴³.

El sufrimiento neurótico, con sus tres rostros emblemáticos, es el modo que tiene el sujeto psíquico de defenderse de ese dolor intolerable que comporta la existencia para todo ser humano, en esencia *parlante, sexuado y mortal*, como respuesta al vacío y a la incertidumbre de la propia identidad y posición en el mundo. Entre las pasiones ciegas y estructurales del ser humano, destacan los celos y la envidia, de las que Melanie Klein propone una aguda diferenciación en su trabajo *Envidia y gratitud*²⁴⁴. Los celos se basarían en el amor, su objetivo es poseer al objeto amado y excluir al rival; la envidia, por su parte, se concretaría en una acción destructiva que no consigue liberar al sujeto que la padece del sufrimiento que comporta, sino que lo sostiene en ese dolor «grato» de envidiar: se envidia a otro que posee o goza de un objeto a priori deseable por el «envidioso», bajo un impulso de quitárselo, dañárselo o destruirlo. La envidia es previa, los celos se basan en ella, pero se distinguen de la envidia en la medida que «comprenden una relación de por lo menos dos personas» y conciernen al «amor que el sujeto cree que le es debido y le ha sido quitado o está en peligro de serlo por su rival»²⁴⁵. Melanie Klein hace una distinción entre la voracidad y la envidia. La voracidad es un deseo insaciable que va más allá de lo que el sujeto necesita y que un objeto u otro semejante puede brindarle, «la finalidad primordial de la voracidad es vaciar por

²⁴² SIGMUND FREUD, «Carta de 21 de mayo de 1894», *Cartas a Wilhelm Fließ (1887-1904)*, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.

²⁴³ En el capítulo VIII de este trabajo dedicado a las diversas problemáticas psíquicas, haremos unas breves consideraciones sobre esta «nueva enfermedad» y el modo posible de abordarla.

²⁴⁴ MELANIE KLEIN, *Envidia y gratitud*, Paidós, Barcelona, 1987.

²⁴⁵ IBÍDEM, p. 187.

completo, chupar hasta secar y devorar el pecho»²⁴⁶. En cambio la envidia va más allá, ya que busca aniquilar lo que el otro posee, sin ningún otro beneficio. El celoso teme perder lo que cree que tiene, el envidioso se molesta ante la supuesta satisfacción de la que el otro goza.

Con respecto a las «relaciones de pareja», hay que decir que las relaciones humanas nunca son parejas, los celos pretenden poseer totalmente al «ser amado», al objeto de deseo, excluyendo al supuesto «rival». En la envidia, señala Klein, el sujeto pretende colocar sus impulsos destructivos y partes malas dentro del objeto, con el fin de dañarlo, destruirlo y controlarlo: la envidia está impregnada de la pulsión de muerte. La pasión de la envidia se soporta en la mirada —envidia, *envidere*: mirar con malos ojos—; en la envidia, a diferencia de los celos, no está en juego la posesión de los bienes del otro, que al fin y al cabo no tienen ninguna utilidad para el envidioso, sino que se envidia la pretendida completud del otro con su objeto, atribuyendo al otro un disfrute que el envidioso no soporta. En ocasiones, los llamados «celos patológicos», aquellos que pueden llevar a su fin la intención —al pasaje al acto, a la agresión—, eximen o mitigan en el marco jurídico al responsable por mor de la fidelidad traicionada o la supuesta posesión del partenaire. De esta manera, la justicia se revelaría ciega con sus instrumentos ideológicos a la mirada de las pasiones en su siniestro entramado, desresponsabilizando al que las padece. En los «celos patológicos» se busca una fusión total con el objeto «amado», sin admitir las diferencias, una fusión parecida a la relación simbiótica primaria entre madre y bebé, imaginaria y narcisista, que ya no volverá y que en realidad no existió nunca. Ahora bien, sin celos no se puede vivir, si no los hay, hay que sospechar, una calma sospechosa vendría a alertar de una posible falta de deseo, puesto que los celos son estructurales, inherentes a lo humano. La cuestión que se plantea en este punto es qué hacer con ellos cuando emergen, ya que no responden a una escena del presente, sino remiten a una anterior, a una escena fundante del sujeto que se presentifica en una actual donde el celoso se siente excluido o amenazado. El sujeto humano debería responsabilizarse cuando reclama o demanda en una «ventanilla equivocada» —sea ésta la madre, la pareja, un amigo, etc.—, en una situación en la que se sienta defraudado, desconsiderado o no reconocido: responsabilizarse de los equívocos y desvíos de las demandas al otro semejante es condición de posibilidad de la convivencia humana.

La envidia, igual que el odio respecto al amor, es más primitiva que los celos, ya que éstos, en su dinámica, son vía de acceso al deseo cuando son trabajados, es decir, cuando el sujeto se responsabiliza de ellos: no podemos amar sin celos, pero es necesario aceptar que el otro ni me pertenece ni puedo hacerlo equivalente a mí, ni puedo pretender que sea como

²⁴⁶ IBÍDEM.

quiero, o que me complete. Podríamos decir que los celos son una vía de «producción», en el sentido de que el celoso de alguna manera desea lo que mira, y por tanto puede ponerse en marcha para producir algo que no estaba proyectado para sí o para otros; mientras que la envidia sólo es destructiva, ya que quien envidia quiere destruir lo que el otro tiene o cree que tiene, y goza con ello. Los celos y la envidia, cuando emergen con toda su devastación, requieren un trabajo de implicación, aceptación y reconocimiento. En ese sentido, el trabajo analítico, en transferencia, mediante la escucha del analista y su silencio —es decir, no decir nada cuando el momento así lo requiera—, proporciona al sujeto la posibilidad de disolución de estos fenómenos de mortificación.

Melanie Klein resalta el modo en que un paciente envidioso puede escatimar «al analista el éxito de su trabajo»²⁴⁷, recurriendo para ello a críticas, interrupciones, algunas justificadas y otras, no, en el caso en que el paciente ha experimentado que el trabajo realizado en las sesiones ha sido de cierta utilidad. El paciente envidioso «también puede sentir que no es digno de beneficiarse con el análisis, debido a la culpa por su desvalorización de la ayuda recibida»²⁴⁸. Esta resistencia que un paciente puede presentar en un análisis es estructural del propio análisis y del propio paciente: hay una grieta entre el deseo manifestado a través de la palabra —esto es, la intención de mejorar o cambiar cosas en la vida— y el latente. Ahora bien, Lacan advierte que «no hay otra resistencia al análisis sino la del analista mismo»²⁴⁹. No toda la resistencia —en el sentido de envidia, celos—, como puede resultar obvio, está del lado del paciente: ¿qué puede ocurrir cuando un paciente comienza a movilizarse según una idea de «progreso» o «curación» que el terapeuta o el equipo al que pertenece tengan?, ¿qué líneas de fuerzas se pueden movilizar en la propia familia del paciente cuando esto ocurre? Las familias y las propias instituciones, paradójica e inconscientemente en algunos casos, manifiestan grandes «dificultades» a la hora de «soportar» una mejora o un cambio «positivo» del paciente, que emergen en forma de nuevos obstáculos al discurrir del tratamiento. Como ejemplo de esto tomemos una situación que se da con cierta frecuencia dentro de un equipo de acompañamiento terapéutico. Durante el discurrir de un trabajo de acompañamiento implementado en un tratamiento, puesto que así se consideró necesario por el equipo terapéutico, puede ocurrir que un paciente «fóbico» que por sí solo no puede salir a la calle, después de largo tiempo de ser acompañado por diferentes trabajadores del equipo, un día cualquiera «decida» salir con uno de ellos. Aquellos acompañantes que más tiempo estuvieron con el paciente pueden sentirse frustrados cuando esto ocurre, es decir, cuando el

²⁴⁷ IBÍDEM, p. 190.

²⁴⁸ IBÍDEM.

²⁴⁹ JACQUES LACAN, «La dirección de la cura» en *Escritos*, Siglo XXI, México D.F., 2002, p. 575.

paciente «decide» salir a la calle con aquel acompañante que menos tiempo compartió con él. Dicho acompañante, por su parte, puede «representar-se» que ha sido gracias a él que se consiguió el supuesto «logro» terapéutico. Estas cuestiones se manifiestan y deben «leerse» en la escritura de los informes y reportes que cada uno de los trabajadores del equipo remite a la coordinación para la posterior supervisión del trabajo y que los trabajadores del equipo deben considerar en su propio análisis. Estas problemáticas que se presentan en un trabajo clínico serán desplegadas más adelante en este escrito cuando abordemos los avatares, secuencias y particularidades de la práctica clínica donde se incluya un dispositivo de acompañamiento terapéutico junto con el lugar imprescindible que ocupa la supervisión para despejar el trabajo de redes de impotencias y prepotencias de los terapeutas.

El psicoanálisis, en el que la perspectiva «teórica y clínica» de este trabajo de investigación pretende establecer sus puntos de sustentación, no es una psicoterapia ni una psicología, disciplinas éstas que se limitan a normalizar la conducta, las emociones y facultades de un individuo. Tampoco es una práctica «hermenéutica» que busque «descifrar» el relato de un paciente develando lo oculto en su psiquismo. A este respecto, recordemos aquí la lectura que hace Lacan del concepto freudiano de *Nachträglichkeit* —*deferred action*, «acción diferida» según la traducción inglesa propuesta por Strachey en la *Standard Edition*; *après coup* en la obra de Lacan—, que plantea que el «pasado» en el psiquismo sólo se historiza por *retroacción* o por *recurrencia* en el presente, esto es que el pasado se construye necesariamente desde el presente:

Lo que se realiza en mi historia no es el pretérito definido de lo que fue, puesto que ya no es, ni siquiera el perfecto de lo que ha sido en lo que yo soy, sino el futuro anterior [futuro perfecto, NdR] de lo que habré sido para lo que estoy llegando a ser²⁵⁰.

La *interpretación analítica* es por tanto una propuesta de *construcción*, no una explicación ni una operación de desciframiento. La *interpretación* propone mover de lugar los cimientos, a saber, los vínculos ilusorios y fantasmáticos de un sujeto: de este modo: «La historia no es el pasado. La historia es el pasado en cuanto está historizado en el presente²⁵¹», lo que viene a proponer que el futuro perfecto es el tiempo lógico del psiquismo. La temporalidad así entendida puede parecer más propia de la física relativista que del acontecer y cotidianidad

²⁵⁰ JACQUES LACAN, «Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis», *op. cit.*, p. 288.

²⁵¹ ÍDEM, *El Seminario, libro I: Los escritos técnicos de Freud*, Paidós, Buenos Aires, 1998, p. 27.

del ser. Sin embargo, pensar el tiempo lógico del psiquismo de otra forma es reducir el concepto de inconsciente al de memoria histórica y mecánica y, por ende, autorreferencial. En *Ser y tiempo*, Heidegger temporaliza el pasado del *Dasein* no de modo cronológico lineal, sino despegándose de la concepción vulgar de tiempo, ya sea como «subjetivo» u «objetivo», o «inmanente» o «trascendente» correlativamente²⁵²: la temporalidad del ser no es la de las cosas y los objetos, éstos sólo tienen pasado: «El haber-sido [*die Gewesenheit*] emerge del futuro, de tal manera que el futuro que ha sido (o mejor, que está siendo sido) hace brotar de sí el presente»²⁵³. Observamos que pese a la apariencia críptica de la escritura heideggeriana, tras ella se vislumbra una especie de «confianza» en la capacidad del sujeto de desplegar sus verdaderas posibilidades: «La aperturidad del Ahí en el comprender es también una manera del poder-ser del *Dasein*»²⁵⁴. Cuando la concepción vulgar del tiempo es llevada a la temporalidad del sujeto psíquico, se reduce ésta al «ahora», a un presente que no deja de ser un fragmento mutilado y determinado desde el pasado. De este modo se atribuye a la temporalidad psíquica una condición de irreversibilidad, reduciéndola así al tiempo cronológico.

El tiempo se temporaliza de múltiples maneras, tantas como sujetos haya. El abuso de la «técnica», tal como la trabajó y pensó Heidegger, es, en ese sentido, la tentativa pretenciosa de dilatar el tiempo (o contraerlo). Esta concepción ordinaria del tiempo es la base de las teorías «evolutivas» que propone la psicología, teorías que se limitan a plantear que el infante debe pasar por diferentes etapas preestablecidas de forma cronológica, es decir, diacrónica, siguiendo un ritmo que no puede ser ni más lento ni más rápido. Postura ésta que tiene evidentes consecuencias en las diversas ideologías y prácticas psicoterapéuticas, que aplican protocolos de seguimiento «evolutivo» de los tratamientos, que conducen a considerar, por ejemplo, una «recaída» como un retroceso en el tiempo lineal de un paciente. También ese criterio temporal tiene efectos en la construcción de diagnósticos *ad hoc*, que luego son volcados en los manuales clasificatorios y diagnósticos psiquiátricos, como cuando se escribe el llamado «trastorno de estrés *post*-traumático», etiqueta diagnóstica que considera que por el sólo hecho de experimentar un evento traumático emergerá *a posteriori* dicha psicopatología, cayendo de este modo en la ya comentada causalidad determinista.

Considerar una «recaída» *a priori* como un retroceso, es desconsiderar la posibilidad que dicho acto tenga cualidad de intento (inconsciente) «resolutivo», esto es, un acto que «abre» la situación en la que se encuentra un paciente, donde «el presente no sólo es traído de vuelta

²⁵² MARTIN HEIDEGGER, *Ser y tiempo*, § 65, pp. 341-342.

²⁵³ IBÍDEM, § 65, p. 341.

²⁵⁴ IBÍDEM, § 32, p. 166.

desde la dispersión en que se encuentra en medio de aquello que es objeto de inmediata ocupación [v.g. dejar de ingerir drogas compulsivamente; NdR], sino que es retenido en el futuro en el haber-sido»²⁵⁵. A ese «presente retenido» en la temporalidad propia «lo llamamos el *instante*»²⁵⁶. Instante²⁵⁷, no como un «ahora», esto es, lo que se observa como fenómeno en un momento de tiempo determinado $\{t=x\}$, sino en sentido activo, que revela «la salida fuera de sí, resuelta, pero *retenida* en la [propia] resolución»²⁵⁸, instante que «se temporiza desde el futuro propio [genuino]»²⁵⁹.

Vaticinar una «caída» en un paciente después de un «instante» de «re-caída» de éste, es obstaculizar el intento de resolución del sujeto, ante un futuro que él quizá vislumbre como posible pero que en ese momento percibe como inalcanzable. Dar la posibilidad de considerar una «recaída» como una vacilación para que el que «re-cae» no caiga en la mirada (de espanto) anticipatoria de un fracaso por parte de los que lo rodean, es dar a ese «instante» otro valor que el que lo reduce a un fracaso. Extender en las coordenadas que van del rumor al pánico, el temor a la «caída», la irremediable y común a todos, produce en los sujetos una nueva grieta, que la tecnológica quirúrgica aprovecha para operar sobre las marcas que el tiempo cronológico deja irremediabilmente en el cuerpo biológico, marcas que la técnica pretende borrar para «retornar» al sujeto atrapado en el laberinto del tiempo a un estado de «juventud» anterior. Esta aparente «reversibilidad» produce una paradoja evidente: si por un lado el sentido común la rechaza como algo incomprensible, por otro la concede como una verdad de experiencia irrecusable²⁶⁰.

De este modo, viene a decir Heidegger, el anticiparse-a-sí se funda en el futuro, donde a su vez emerge el haber-sido: en esta temporalidad reside el fenómeno de la angustia, como posibilidad de ser por haber-sido-siendo:

En la temporeidad característica de la angustia, es decir, en el hecho de que ella se funda originariamente en el haber-sido y de que sólo a partir del haber-sido se temporizan en ella el futuro y el presente, se revela la posibilidad del poder ser que es propio del estado de ánimo de la angustia²⁶¹.

²⁵⁵ IBÍDEM, § 68, p. 353.

²⁵⁶ IBÍDEM.

²⁵⁷ José Eduardo Rivera considera el concepto heideggeriano de instante como «el tiempo presente, en cuanto abarca todo aquello en medio de lo cual el Dasein se encuentra proyectando su futuro y habiendo sido lo que fue»; véase Ibídem, NdT, [P.353], p. 488.

²⁵⁸ IBÍDEM, § 68, p. 353.

²⁵⁹ IBÍDEM, § 68, p. 354.

²⁶⁰ ALPHONSE DE WAELHENS, *La filosofía de Heidegger*, op. cit., p. 230.

²⁶¹ IBÍDEM, § 68-b, p. 359.

Dijimos antes que el psicoanálisis no es una psicología ni una psicoterapia. Ahora bien, el psicoanálisis tampoco es una filosofía, disciplina que ha estado dominada por las nociones de conciencia y de razón, del entendimiento y el pensamiento. Pero toma de ésta —como también de las grandes ficciones de la literatura y la mitología clásica—, aunque Freud nunca lo ha planteado así explícitamente, problemáticas acerca del ser, el sujeto, la muerte, el deseo, el lenguaje, la sexualidad, y las pone a trabajar con otros postulados y bases epistemológicas. El recurso del psicoanálisis al discurso filosófico, no como auxiliar ni complementario, sino desde la perspectiva de la amistad, del vértigo y, por qué no, desde la desesperada ignorancia para abordar las problemáticas que aquí se plantean, no parte de una calculada, al menos consciente, empresa de falsa modestia, ya que esta última siempre resulta una soberbia. Se recurre a la filosofía para intentar delimitar un territorio y para no caer en una comprensión estéril y temeraria de lo inexplicable del malestar humano, en todo caso como llamada de auxilio para no naufragar en el mar del «supuesto soberbio saber²⁶²».

El psicoanálisis es una ciencia conjetural con un estatuto particular dentro del campo de las ciencias del hombre que le permite dialogar con éstas y a su vez la distingue de ellas, debido a que posee un objeto de investigación y trabajo propio, el *inconsciente*: el descubrimiento del inconsciente así como el de su primacía en la vida de los sujetos es sin lugar a dudas la mayor aportación del psicoanálisis a las ciencias humanas.

²⁶² *Sujeto supuesto saber* es una expresión de Jacques Lacan para designar la atribución de saber del paciente al analista; el paciente supone que es el analista el que tiene un conocimiento sobre su sufrimiento, sobre su malestar, pero que en realidad el analista no tiene. El saber sobre su malestar lo tiene el propio paciente, es decir, el analizante, pero ignora que tiene. El analista no debe creer que posee ese saber que le atribuye el analizante, sólo debe ocupar ese lugar de supuesto saber para posibilitar el trabajo analítico, teniendo presente la premisa freudiana: «(...) rehusamos decididamente adueñarnos del paciente que se pone en nuestras manos y estructurar su destino, imponerle nuestros ideales y formarle, con orgullo creador, a nuestra imagen y semejanza. Mi opinión continúa siendo hoy contraria a semejante conducta, que, además de transgredir los límites de la actuación médica, carece de toda utilidad para la obtención de nuestro fin terapéutico»; véase SIGMUND FREUD, «Los caminos de la terapia psicoanalítica», O.C., p. 2460.

LA DIVISIÓN DEL SUJETO

(...) no tenemos medios de saber si el inconsciente existe fuera del psicoanálisis.

Jacques Lacan

1. EL LENGUAJE EN LA CONSTITUCIÓN DEL SUJETO

El psicoanálisis puso en el centro de su campo de investigación la relación del sujeto con el lenguaje, abriendo una nueva perspectiva no sólo para la clínica que estudia el malestar psíquico sino también para la misma concepción del sujeto, rompiendo con la tradición cartesiana hasta ese momento vigente. El «pienso luego existo», es sustituido por «pienso donde no soy, luego soy donde no pienso»²⁶³.

A diferencia de Descartes y de muchos exponentes del pensamiento moderno y contemporáneo, Freud niega (en un contexto histórico distinto, naturalmente) que el pensamiento y el sujeto sean una copia transparente, una autorreferencia idealista de Yo=Yo (...)

La intención de Freud no se dirige al centro de las evidencias; busca la verdad en los márgenes, allí donde no vemos por un exceso de luz²⁶⁴.

El psicoanálisis considera que todo síntoma que manifiesta un paciente tiene una estructura de lenguaje. El síntoma es un mensaje, una metáfora, el reverso paradójico de una satisfacción inconsciente. Un síntoma, un sueño, un acto fallido, un chiste, son producciones del aparato psíquico, que trabaja incansablemente mediante los mecanismos que lo rigen: *condensación*²⁶⁵ y *desplazamiento*²⁶⁶.

²⁶³ JACQUES LACAN, «La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud» en *Escritos I*, Siglo XXI, México, 2008, p. 498.

²⁶⁴ REMO BODEI, *Las lógicas del delirio*, Cátedra, Madrid, 2002, pp. 54-55.

²⁶⁵ *Condensación* es el nombre que Freud dio al mecanismo psíquico mediante el cual una representación inconsciente concentra elementos de una serie de otras representaciones. Se pone en evidencia su actuación en la producción de un síntoma y más claramente en los sueños. En un artículo célebre (Jacques Lacan, «La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud», en *Escritos I*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2001), Lacan asocia el mecanismo al de la metáfora, donde se produce la sustitución de un significante por otro (por ejemplo, el contenido latente del sueño por un contenido manifiesto tal como lo relata el soñante o la sustitución de un deseo inconsciente por un síntoma, como se observa en una fobia).

²⁶⁶ *Desplazamiento* es el nombre dado por Freud al mecanismo por el cual una cantidad de afectos vinculados a una representación psíquica se desprenden de ésta y se ligan a otra. Esta segunda representación pasa a tener para el sujeto un particular e intenso interés, quedando la primera desahogada, reprimida. Lo que se desplaza, es el afecto. La represión es la operación que separa la representación del afecto, reprimiéndose sólo la representación (un significante), ya que el afecto (la pulsión) es irreprimible pero sí puede desplazarse. Se transfiere, de este

El psicoanálisis surge y se va desplegando a lo largo de la monumental obra de Freud como una teoría del psiquismo, no de la «enfermedad mental», produciendo una ruptura con la forma de entender el malestar psíquico y sus diversas manifestaciones sintomáticas por parte de la medicina, la psiquiatría y la psicología positivista. Al sujeto que recurre a un tratamiento psicoanalítico se le informa de las dificultades que éste conlleva y de la necesidad de que se implique en él, invitándole a que de cuenta verbalmente de sus malestares, teniendo en consideración las resistencias y hostilidad al método analítico así como la concepción vulgar de la teoría psicoanalítica que se le presentan por diversos motivos. El material con el que trabaja el analista es el discurso del sujeto, su palabra, a diferencia de los enfoques empiristas y fenomenológicos, cuyo objeto de trabajo es la conducta manifiesta, la conciencia, el yo, los síntomas, y cuya práctica principal es la intervención sobre estos para erradicarlos o modificarlos.

El trabajo analítico tiene una pretensión, quizá la única, enmarcada en el acto analítico, que consiste en crear el espacio para liberar la palabra constreñida del analizante, para que ésta posibilite, a pesar de la constelación de censuras, titubeos, culpas, etc. de la que emerge, una escritura del porvenir y quizá una reescritura de lo pasado. Dicho acto está vinculado al deseo del analista, deseo que debería suspender cualquier demanda hacia el paciente, más allá de la anterior, es decir, que al analizante hable y asocie «libremente» si así lo desea, sin demandarle que sea sincero cuando habla. Es decir, el acto psicoanalítico se juega en un movimiento de despliegue y repliegues de palabras entre el paciente y el analista. El paciente habla, relata acontecimientos de su vida y sus impresiones al respecto, se queja y manifiesta sus deseos, intenciones y afrentas. En las prácticas psicoterapéuticas la palabra dicha adquiere, en cambio, una significación totalmente distinta: dichas prácticas se centran en los aspectos fenoménicos de la conducta abogando por una psicología de la conciencia y la personalidad, intentando dirigir los procesos «mentales» del enfermo, movilizándolo al paciente mediante consejos o diciéndole lo que es bueno y lo que es malo para él, así que la palabra se

modo, el afecto de una representación a otra. Según Lacan, el deseo inconsciente se rige por un mecanismo de tipo metonímico; de ahí que la interpretación en el análisis se considere como un proceso metonímico, no metafórico. La metonimia es el tropo que consiste en designar una cosa por otra que esté vinculada con la primera por una relación de «contigüidad», por ej. una relación causa-efecto (ej. «los niños son la alegría de la casa» = son la fuente de alegría), contenedor-contenido («tomar una copa» = tomar el contenido de una copa), parte-todo («Cuando vimos las velas» = cuando vimos los barcos). Más en general, es posible reconducir a la estructura «metonímica» todos los fenómenos simbólicos basados en la *combinación* (véase ROMAN JAKOBSON, «Dos aspectos del lenguaje y dos tipos de trastornos afásicos», en *Fundamentos del lenguaje*, Ciencia Nueva, Madrid, 1967), es decir, la función lingüística relativa al eje *sintagmático* del discurso, mientras que los fenómenos basados en una relación de semejanza, esto es, los fenómenos de *selección* (relativos al eje *paradigmático*), pueden ser reconducidos a una estructura simbólica de tipo metafórico. En «La instancia de la letra», Lacan asimila el desplazamiento a la metonimia, entendida en su acepción más amplia. En una conversión histórica, por ejemplo, el desplazamiento de un afecto desde una representación psíquica intolerable para el sujeto a su propio cuerpo puede ser considerado, desde esta perspectiva, como un proceso de índole metonímica.

reduce a un mero medio informativo de la conducta del paciente. Aunque el trabajo analítico no equivale a una simple conversación, trabaja esencialmente con las palabras, circunstancia ésta que ha provocado una desconfianza de fondo hacia el psicoanálisis: en efecto, es opinión habitual poner en duda que «por medio de una simple conversación entre el médico y el enfermo pueda conseguirse algún resultado»²⁶⁷. El significado de la práctica analítica resulta incomprensible para quienes no consideran que por medio de las palabras puede un hombre hacer feliz a un semejante o llevarle a la desesperación, mientras que, curiosamente, los mismos suelen aceptar que una frase pronunciada por una figura significativa para un niño, fundamentalmente sus padres, puede enredar o atrapar a aquél en significaciones que escapan a su comprensión.

Derrida, en «La farmacia de Platón», retoma el mito platónico sobre el origen de la escritura y resalta la ambigüedad del término griego *pharmakon* al evocar su potencial valor curativo y venenoso a la vez²⁶⁸. En el *Fedro*²⁶⁹, Sócrates relata el mito donde el dios egipcio Theuth inventa los números, el cálculo, la geometría, la astronomía, los dados, la escritura y tiene que justificar esos inventos ante el rey Thamus. Para Theuth la escritura es un «fármaco» para la memoria y la sabiduría, que hará más sabios a los egipcios. El rey Thamus considera que los efectos de la escritura serán otros, esto es, que hará a los hombres olvidadizos y que por culpa de la confianza en lo escrito los recuerdos serán traídos desde fuera y no desde dentro mediante el propio esfuerzo. De este modo, según Thamus, la escritura ofrecería sólo una apariencia de sabiduría a los egipcios. Theuth ofrece la escritura como fármaco benéfico, pero Thamus decide que es un veneno: el dios Thamus manifiesta su oposición contra la escritura, ya que como supuesto remedio —*fármaco*— para la memoria, resultaría ser un *veneno* para los hombres. Esto es, si por un lado la escritura resguardaría del olvido, por otro, el hecho de que los recuerdos no se confiaran a la memoria, impediría que éstos se inscribieran en el alma:

¡Oh artificiosísimo Theuth! (...) padre que eres de las letras, por apego a ella, es olvido lo que producirán en las almas de quienes las aprendan, al descuidar la memoria, ya que, fijándose de lo escrito llegarán al recuerdo desde fuera, a través de caracteres ajenos, no desde dentro, desde ellos mismos y por sí mismos. No es, pues, un fármaco de la memoria lo que has hallado, sino un simple recordatorio. Apariencia de sabiduría es lo que proporcionas a tus alumnos, que no verdad. Porque habiendo oído muchas cosas sin aprenderlas, parecerá que tienen muchos conocimientos, siendo, al contrario, en la mayoría de los casos, totalmente ignorantes, y difíciles,

²⁶⁷ SIGMUND FREUD, «Lección I. Introducción» en «Lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 2126.

²⁶⁸ JACQUES DERRIDA, «La farmacia de Platón» en *La diseminación*, Fundamentos, Madrid, 2007.

²⁶⁹ PLATÓN, *Diálogos III, Fedro*, Gredos, Madrid, 2000.

además, de tratar porque han acabado por convertirse en sabios aparentes en lugar de sabios de verdad²⁷⁰.

Derrida señala que la escritura como *pharmakon* no puede ser considerada según los opuestos platónicos, planteados en el diálogo, de bueno —el habla y el recuerdo— y malo —la escritura y sus soportes—, o interno y externo. La ambivalencia de la escritura, el *pharmakon*, no está en relación a su utilidad y sus efectos nocivos o benéficos en los hombres, sino que reside en el propio juego de posibilidades que ésta ofrece; la escritura no sería entonces ni el remedio, ni el veneno, ni tampoco el bien ni el mal, ni el adentro ni el afuera:

(...) Sócrates compara con una droga (fármakon) los textos escritos que Fedro ha llevado. Ese fármakon, esa «medicina», ese filtro, a la vez remedio y veneno, se introduce ya en el cuerpo del discurso con toda su ambivalencia. Ese encantamiento, esa virtud de fascinación, ese poder de hechizamiento pueden ser —por turno o simultáneamente— benéficos y maléficos. El fármakon sería una sustancia, con todo lo que esa palabra puede connotar, en realidad de materia de virtudes ocultas, de profundidad criptada que niega su ambivalencia al análisis, preparando ya el espacio de la alquimia, si no debiésemos llegar más adelante a reconocerla como la anti-sustancia misma: lo que resiste a todo filosofema, lo que excede indefinidamente como no-identidad, no-esencia, no-sustancia, y proporcionándole de esa manera la inagotable adversidad de su fondo y de su ausencia de fondo²⁷¹.

Puesto que el lenguaje constituye el medio general para la influencia recíproca de los hombres, no se puede despreciar el valor de las palabras —*pharmakon*— en la emergencia de un malestar o en la resolución del mismo. La palabra hablada del analizante requiere de la palabra escrita del analista —así como del acompañante terapéutico, más allá de los reportes e informes que éste debe remitir al equipo terapéutico—, no en un recetario ni en un protocolo estándar de actividades a realizar por el paciente para modelarlo, sino para que el analista dé cuenta de su quehacer clínico —en la supervisión, en su análisis y por tanto en su formación—, lo que a su vez es condición necesaria para dar cabida a que su trabajo se aproxime al estatuto ético que requiere el oficio analítico.

El estudio e investigación del funcionamiento del aparato psíquico impone dar a la palabra, al discurso de cada sujeto, el valor que tiene. Exige, en otros términos, una salida de la caverna platónica a la que la medicina actual, y la psicoterapia subordinada a ésta, ha retornado, o que en realidad nunca abandonó, puesto que sigue atribuyendo a causas

²⁷⁰ IBÍDEM, *Fedro*, 275a, pp. 399-399.

²⁷¹ JACQUES DERRIDA, *op. cit.*, p. 102.

anatómicas las funciones psíquicas y sus perturbaciones y sigue explicando los malestares anímicos exclusivamente desde posturas funcionalistas basadas en procesos neuronales, negando carácter científico a cualquier otro modo de entender el psiquismo humano:

Ni la Filosofía especulativa, ni la Psicología descriptiva, ni la llamada Psicología experimental, ligada a la Fisiología de los sentidos, se hallan, tal y como son enseñadas en las universidades, en estado de proporcionarnos dato ninguno útil sobre las relaciones entre lo somático y lo anímico y ofrecernos la clave necesaria para la comprensión de una perturbación cualquiera de las funciones anímicas. Dentro de la Medicina, la Psiquiatría se ocupa, ciertamente, de describir las perturbaciones psíquicas por ella observadas y de reunir las formando cuadros clínicos; mas en sus momentos de sinceridad los mismos psiquiatras dudan de si sus exposiciones puramente descriptivas merecen realmente el nombre de ciencia. Los síntomas que integran estos cuadros clínicos nos son desconocidos en lo que respecta a su origen, su mecanismo y su recíproca conexión y no corresponden a ellos ningunas modificaciones visibles del órgano anatómico del alma, o corresponden modificaciones que no nos proporcionan el menor esclarecimiento. Tales perturbaciones anímicas no podrán ser accesibles a una influencia terapéutica más que cuando constituyan efectos secundarios de una cualquiera afección orgánica²⁷².

El psicoanálisis construye su espacio de trabajo propio en esa grieta que dejan tras de sí las ciencias médicas positivistas, manejándose con prudencia ante cualquier hipótesis de orden anatómico, químico o fisiológico como explicación de una perturbación psíquica.

Las afirmaciones de la teoría psicoanalítica presentan varias dificultades a las opiniones comunes, causando extrañeza y rechazo general²⁷³. Este rechazo es producido por un prejuicio intelectual por un lado y por un prejuicio estético y moral por otro, prejuicios que no es necesario despreciar, como destaca Freud, ya que «son residuos de pasadas fases, muy útiles, y hasta necesarias, de la evolución humana, y poseen un considerable poder, hallándose sostenidos por fuerzas afectivas que hacen en extremo difícil el luchar contra ellos»²⁷⁴.

Una de las afirmaciones del psicoanálisis que más resistencias ha encontrado es la que postula que los procesos psíquicos son en sí mismos inconscientes, tesis central de la teoría psicoanalítica, y que los procesos conscientes no son sino actos aislados o fracciones de la vida anímica total. Es opinión común considerar la conciencia como la característica que

²⁷² SIGMUND FREUD, *op. cit.*, p. 2129.

²⁷³ Sartre, en relación a los negadores del pensamiento de Marx, decía que un argumento «antimarxista» no es más que el rejuvenecimiento aparente de una idea premarxista; véase *Crítica de la razón dialéctica I*, Losada, Buenos Aires, 2004, p. 18. En ese sentido, podríamos decir que negar el valor y poder que el psicoanálisis atribuye a la palabra es situarse en un lugar anterior a la colonia griega de Mileto.

²⁷⁴ SIGMUND FREUD, *op. cit.*, p. 2129.

define lo psíquico, y la psicología como la ciencia que estudia procesos y facultades de la conciencia; para el psicoanálisis, en cambio, lo psíquico está conformado por procesos inconscientes: la intención es sólo voluntad enunciada conscientemente y desempeña un papel reducido en la totalidad de nuestra vida anímica, mientras que lo que rige nuestras vidas son deseos y pulsiones inconscientes. Esto quizá pueda explicar en cierto modo por qué el psicoanálisis es rechazado por los partidarios del «tímido científicismo y atrae sobre sí la sospecha de no ser sino una fantástica ciencia esotérica ansiosa por construir misterios y pescar en las aguas turbias»²⁷⁵.

La osada afirmación de que los procesos psíquicos son fundamentalmente inconscientes lleva a la segunda afirmación freudiana, que encontró aún más resistencia, a pesar de ser luego asimilada por el lenguaje cotidiano, aunque con una acepción totalmente desviada del postulado científico psicoanalítico. Dicha afirmación plantea que determinados impulsos o mociones pulsionales, que únicamente pueden ser calificados de sexuales, tanto en el amplio sentido de esta palabra como en su sentido estricto, desempeñan un papel fundamental en la *causación* de las enfermedades nerviosas y psíquicas y, además, coadyuvan con aportaciones nada despreciables a la génesis de las más altas creaciones culturales, artísticas y sociales del espíritu humano.

2. EL CONCEPTO DE INCONSCIENTE

Uno de los usos en los que se emplea el término *inconsciente*, es el que lo considera como aquel contenido psíquico que en un momento determinado no está en la conciencia reflexiva de un individuo pero que puede llegar a producir efectos en conductas manifiestas, motivados por impulsos que el sujeto ignora. Este uso implica una concepción del inconsciente como *adjetivo* o *atributo* del material psíquico, concepción que Freud consideró en un principio, pero que a lo largo de su obra fue ampliando hasta incorporarle la acepción de inconsciente como una instancia psíquica específica. En «Lo inconsciente»²⁷⁶, Freud diferencia dos usos del concepto:

- *inconsciente* formulado como adjetivo, designando con él aquellos procesos psíquicos que en un momento dado no son materia de la atención consciente;

²⁷⁵ IBÍDEM, pp. 2129-2130.

²⁷⁶ SIGMUND FREUD, «Lo inconsciente», *O.C.*, p. 2061.

- *inconsciente* como sustantivo, tal como es formulado en la primera teoría o tópica de la estructura psíquica, donde el inconsciente es considerado como una instancia psíquica.

En esta primera teoría del aparato psíquico, éste se define constituido por tres sistemas o instancias:

- consciente (Cs.);
- preconscious (Pcs.);
- inconsciente (Ics.).

Aquí consideramos necesaria una breve referencia al primer modelo del aparato psíquico concebido por Freud y desplegado en su *Proyecto de una psicología para neurólogos*²⁷⁷, trabajo publicado en el año 1895, donde explica los procesos psíquicos «como estados cuantitativamente determinados de partículas materiales especificables [las neuronas]»²⁷⁸.

En este trabajo Freud propone una explicación científica natural de los procesos psicológicos remitiéndolos a una base neurológica, desarrollando la *teoría de la neurona*, —teoría que no existía como tal, siendo Wilhelm Gottfried Waldeyer quien en 1891 acuña el término *neurona* para definir la célula fundamental del sistema nervioso— en términos de cualidad y cantidad de energía psíquica, así como una descripción de los procesos de transmisión y enlaces químico-eléctricos a través de las que denominó *barreras de contacto* entre neuronas, a las que posteriormente, en 1897, Charles Scott Sherrington llamó *sinapsis*.

En 1882 o 1883 Freud imparte una conferencia en la Sociedad de Psiquiatría titulada «La estructura de los elementos del sistema nervioso», donde resume sus trabajos que van más allá del campo de la histología:

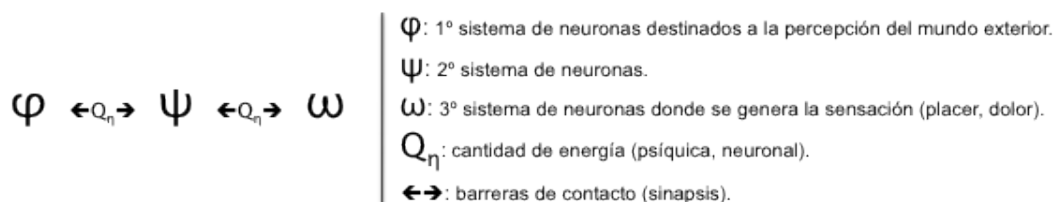
Si suponemos que las fibrillas nerviosas tienen el significado de vías aisladas de conducción, tendríamos que decir que *las vías, que están separadas en el nervio, confluyen en la célula nerviosa*: la célula nerviosa se convierte así en el «comienzo» de todas estas fibras nerviosas anatómicamente unidas a ellas. Excedería los límites que me he impuesto en este artículo si me dispusiera a reunir todos los hechos en que podría apoyarse la legitimidad de esta hipótesis: no sé si los elementos existentes al presente son suficientes para llegar a una decisión en este problema, tan importante para la fisiología. La comprobación de esta hipótesis representaría un adelanto importante en la fisiología de los elementos nerviosos: podríamos suponer que un

²⁷⁷ ÍDEM, *Proyecto de una psicología para neurólogos*, O.C., p. 209.

²⁷⁸ ÍDEM, p. 211.

estímulo de cierta intensidad podría romper el aislamiento de las fibrillas, de modo tal que la excitación sería conducida por el nervio como unidad, y así sucesivamente²⁷⁹.

Ernest Jones señala que este concepto de la unidad de células y procesos nerviosos— núcleo esencial de la futura teoría neuronal— parece haber pertenecido exclusivamente a Freud, con absoluta prescindencia de sus maestros del Instituto Brücke donde llevó a cabo sus investigaciones.



Esquema 1. Primer modelo del aparato psíquico (1895).

Muchos de los conceptos trabajados en el *Proyecto* —las cantidades energéticas, la energía libre y la energía ligada, la represión, la facilitación, el lugar que ocupa la sexualidad en la vida psíquica— se fueron integrando y desarrollando en trabajos posteriores. El *Proyecto*, producto de los trabajos de investigación de Freud en histología y neuropatología, contiene dos ideas cardinales:

1. Concibe Freud que lo que diferencia la actividad de los procesos psíquicos del reposo es una cantidad [*de energía*] Q circulante sometida a las leyes generales del movimiento, lo que sería el aspecto *económico y dinámico* del funcionamiento psíquico.
2. Las partículas materiales son las neuronas a través de las cuales circula dicha energía Q_{η} , lo que implica el aspecto tópico de la teoría.

El sistema neuronal está formado por neuronas discretas, homólogas en su estructura, que contactan entre sí a través de una sustancia intermedia extraña, que terminan las unas en las otras como si lo hicieran sobre trozos de tejido extraño y en las cuales se hallan preestablecidas determinadas direcciones de conducción, ya que reciben estímulos a través de las prolongaciones celulares [dendritas] y los emiten por un cilindroeje [axón].²⁸⁰

²⁷⁹ ERNEST JONES, *Vida y obra de Sigmund Freud*, Lumen-Hormé, Buenos Aires, 1996, Tomo I, p. 60.

²⁸⁰ IBÍDEM, pp. 213-214.

Lacan resalta que las ideas de Freud sobre las sinapsis, es decir, el plantear la ruptura de continuidad entre una célula nerviosa y la siguiente, fueron enteramente nuevas²⁸¹, e inauguraron de este modo todo un campo de investigación de los procesos neurológicos que sigue guiando los modelos y trabajos actuales en neurobiología. Sin embargo, después de explorar este territorio, Freud no encuentra en la neurología una explicación satisfactoria que dé cuenta de la complejidad de los procesos anímicos y los fenómenos sintomáticos que observa en su trabajo clínico.

Por tanto, posteriormente al *Proyecto*, va emergiendo la tesis propuesta en la «primera tópica» anteriormente mencionada, que ya nada tiene que ver con la neurología, puesto que la misma se refiere a regiones teóricas del aparato psíquico y no a localidades anatómicas. Esta concepción del psiquismo plantea que lo inconsciente no sería aquello que está fuera del campo de la conciencia en un determinado momento, sino lo que ha sido separado radicalmente de la conciencia por el mecanismo de la *represión*, y que puede entrar en el campo del *consciente* (Cs.) o del *preconsciente* (Pcs.), a costa de sufrir una deformación. El proceso de *represión* impide a una representación intolerable para el sujeto que emerja en la conciencia, pero no la destruye ni la suprime, sino que ésta quedaría en un estado latente inconsciente, pudiendo producir ciertos efectos que pueden llegar a manifestarse en actos del sujeto, como por ejemplo un fallido.

Sin embargo, no hay que olvidar que para Freud todo lo reprimido permanece inconsciente, pero no todo lo inconsciente ha sido previamente reprimido: de esta manera, lo reprimido viene a ser considerado *una parte* de lo inconsciente. En *El «yo» y el «ello»*, Freud afirma que:

(...) lo *Inc.* [Inconsciente] no coincide con lo reprimido. Todo lo reprimido es inconsciente, pero no todo lo inconsciente es reprimido. También una parte del *yo*, cuya amplitud nos es imposible fijar, puede ser inconsciente, y lo es seguramente²⁸².

Postulando la existencia de una instancia psíquica inconsciente, esta teoría consigue dar cuenta de todos aquellos actos —fallidos, sueños, síntomas, obsesiones, etc.— que parecen faltos de sentido y coherencia, los cuales demuestran de la forma más evidente que es «una pretensión insostenible el exigir que todo lo que sucede en lo psíquico haya de ser conocido a

²⁸¹ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1983, p. 154.

²⁸² SIGMUND FREUD, *El «yo» y el «ello»*, O.C. p. 2704.

la consciencia»²⁸³. Para aclarar de qué forma los procesos psíquicos inconscientes son percibidos por el sujeto, Freud compara la percepción de éstos por parte de la consciencia con la percepción subjetiva que los órganos sensoriales tienen del mundo exterior: según este planteamiento, ni lo psíquico ni lo físico serían necesariamente tal como los percibimos, como demuestra claramente nuestra percepción de la aparente rotación del sol alrededor de nuestro planeta.

Muchas personas, psicólogas o no, se conforman con aceptar que la consciencia sería lo único psíquico, y en tal caso la psicología no tendría más objeto que discernir, en la fenomenología psíquica, percepciones, sentimientos, procesos cogitativos y actos volitivos²⁸⁴.

Tal vez una de las cualidades más relevantes de los procesos que se producen en el sistema inconsciente sea su «atemporalidad»²⁸⁵, esto es, el hecho de que los «contenidos» psíquicos se hallan fuera del tiempo, no aparecen ordenados cronológicamente ni sufren modificación alguna por el transcurso del tiempo, careciendo de toda relación con él así como de una vinculación directa con la realidad exterior. En este sentido los procesos inconscientes no sólo no tienen en cuenta la realidad exterior, sino que la sustituyen por una *realidad psíquica*, que para el sujeto adquiere valor de verdad. Esta realidad psíquica designa el deseo inconsciente y la fantasía ligada al mismo, como se observa en las neurosis y en las psicosis.

El inconsciente, en calidad de sistema, aloja los deseos, las huellas mnémicas, las representaciones psíquicas de las pulsiones, las representaciones reprimidas. Con la elaboración de la segunda tópica sobre la conformación del aparato psíquico —concepción que no supera ni sustituye la primera tópica sino que la integra y amplía— éste aparece dividido a su vez en tres instancias psíquicas: el *ello*, el *yo* y el *superyó*, ninguna de las cuales coincide totalmente con el inconsciente, aunque sí todas tienen partes inconscientes.

²⁸³ ÍDEM, «Lo inconsciente», *op. cit.*, p. 2062.

²⁸⁴ ÍDEM, «Las cualidades psíquicas», *op. cit.*, p. 3387.

²⁸⁵ El tiempo del psiquismo no es cronológico. El tiempo «lógico» propio del psiquismo, que nada tiene que ver con el cronológico objetivo, tiene especial relevancia en la concepción psicoanalítica de la «cura». El pasado del sujeto existe en el psiquismo como un conjunto de recuerdos que pueden ser reelaborados y reinterpretados en el presente. Para ello el analizante debe cumplir con la regla fundamental, esto es, la asociación «libre», que como tal no es tan libre, ya que estará sometida a resistencias que el analista no debe forzar a que decaigan y cuya elaboración constituye una penosa labor para el analizante y una puesta a prueba de la paciencia del analista (véase SIGMUND FREUD, «Recuerdo, repetición, elaboración», *O.C.* p. 1688). La materia prima para el trabajo analítico es el relato que el paciente hace de acontecimientos vividos reales o imaginarios, así como el modo en que los comunica, más allá de la secuencia real en la que hayan podido suceder. Y aquí considero importante una aclaración: no se trata en el trabajo analítico de interrogar al paciente sobre su pasado o forzarle a que relate episodios que se creen a priori desencadenantes de una sintomatología o sufrimiento actual; al paciente se le invita a hablar, pero no de un contenido o época de su vida en particular. El hablar de un hecho del pasado, del presente o del futuro, en ese sentido responde a una decisión del paciente, invitado a asociar «libremente»; de este modo el trabajo analítico no consiste en un recordatorio ni mucho menos implica un interrogatorio.

Freud reconoce al pensamiento filosófico su esfuerzo para dar cuenta de lo intrincado del alma humana, pero su trabajo de investigación parte de otros supuestos, y aunque inspirado quizá en aquél, aborda la oscuridad de la psique elaborando hipótesis y postulando principios revolucionarios rechazados en general por los estamentos académicos y científicos-técnicos establecidos:

El psicoanálisis parte de un supuesto básico cuya discusión concierne al pensamiento filosófico, pero cuya justificación radica en sus propios resultados. De lo que hemos dado en llamar nuestro psiquismo (o vida mental) son dos las cosas que conocemos: por un lado, su órgano somático y teatro de acción, el encéfalo (o sistema nervioso); por el otro, nuestros actos de consciencia, que se nos dan en forma inmediata y cuya intuición no podría tornarse más directa mediante ninguna descripción. Ignoramos cuanto existe entre estos dos términos finales de nuestro conocimiento; no se da entre ellos ninguna relación directa. Si la hubiera, nos proporcionaría a lo sumo una localización exacta de los procesos de consciencia, sin contribuir en lo mínimo a su mejor comprensión²⁸⁶.

La instancia más antigua en la constitución del aparato psíquico es el *ello* —pronombre demostrativo: eso, ello; al. *Es*—, que tiene por contenido todo «lo heredado, lo innato, lo constitucionalmente establecido; es decir, sobre todo, los instintos [pulsiones, NdR] originados en la organización somática, que alcanzan [en el *ello*] una primera expresión psíquica, cuyas formas aún desconocemos»²⁸⁷. Freud toma el término «ello» de Georg Groddeck, y éste a su vez de Nietzsche, el cual lo había empleado en relación con la crítica a la idea del «yo» y el «yo pienso» cartesiano, desarrollada a lo largo de toda su obra:

En lo que respecta a la superstición de los lógicos: yo no me cansaré de subrayar una y otra vez un hecho pequeño y exiguo, que esos supersticiosos confiesen de mala gana, —a saber: que un pensamiento viene cuando «él» quiere, y no cuando «yo» quiero; de modo que es un *falseamiento* de los hechos decir: el sujeto «yo» es la condición del predicado «pienso». Ello piensa: pero que ese «ello» sea precisamente aquel antiguo y famoso «yo», eso es, hablando de modo suave, nada más que una hipótesis, una aseveración, y, sobre todo, no es una «certeza inmediata». En definitiva, decir «ello piensa» es ya decir demasiado: ya ese «ello» contiene una *interpretación* del proceso y no forma parte de él. Se razona aquí según el hábito gramatical que dice «pensar es una actividad, de toda actividad forma parte alguien que actúe, en consecuencia—». Más o menos de acuerdo con idéntico esquema buscaba el viejo atomismo, además de la «fuerza» que

²⁸⁶ SIGMUND FREUD, *Compendio del psicoanálisis*, O.C. pp. 3379-3380.

²⁸⁷ IBÍDEM, p. 3380.

actúa, aquel pedacito de materia en que la fuerza reside, desde la que actúa, el átomo; cabezas más rigurosas acabaron aprendiendo a pasarse sin ese «residuo terrestre», y acaso algún día se habituará la gente, también los lógicos, a pasarse sin aquel pequeño «ello» (a que ha quedado reducido, al volatilizarse, el honesto y viejo yo²⁸⁸).

Con Freud se consuma el desfondamiento del sujeto clásico, el sujeto cartesiano, esto es, la idea de un sujeto indiviso, dueño y señor de sus deseos y voluntades. El sujeto sólo puede constituirse como sujeto en referencia a otro y al lenguaje. El sujeto —psíquico— se revela parcelado por barreras permeables en ocasiones, infranqueables en otras, parcelas de límites difusos que Freud llamó el *ello*, el *yo* y el *superyó*:

Apoyándonos en el léxico nietzscheano y siguiendo una sugerencia de Groddeck, lo llamaremos en adelante el «ello». Este pronombre impersonal parece particularmente adecuado para expresar al carácter capital de tal provincia del alma, o sea, su calidad de ajena al yo. El *super-yo*, el *yo* y el *ello* son los tres reinos, regiones o provincias en que dividimos el aparato anímico de la persona (...)²⁸⁹.

Una parte del *ello*, debido a la influencia del mundo exterior experimenta una transformación, desarrollándose paulatinamente una función psíquica que mediará entre el *ello* y el mundo exterior: el *yo*. En la filosofía y el pensamiento occidental, hasta Freud, se otorgó al *yo* un lugar central en la vida del ser humano. Para el psicoanálisis el *yo* es una construcción hecha a base de identificaciones, una formación imaginaria, estructurada como un síntoma: «El *yo* está estructurado como un síntoma. En el corazón del sujeto, es sólo un síntoma privilegiado, el síntoma humano por excelencia, la enfermedad mental del hombre»²⁹⁰. Lacan afirma, contra la opinión habitual de la psicología que busca «reforzar» el *yo*, que al intentar fortalecerlo lo único que se consigue es aumentar la alienación del sujeto. Es práctica habitual el intento de «reforzar» la «autoestima» del paciente, tratar la angustia como un simple episodio de «ansiedad», así como no tener en cuenta que la fragilidad del sujeto psíquico es una cualidad constitutiva del ser y no una mera «debilidad».

El *yo*, por ende, es la mayor fuente de resistencia a la *curación*, en la medida que se resiste a desprenderse de hábitos y modos de estar en el mundo a los que se aferra, más allá del dolor que pueda generarle, esto es, obedeciendo a pulsiones que se hallan más allá del *principio del*

²⁸⁸ FRIEDRICH NIETZSCHE, *Más allá del bien y del mal*, Alianza, Madrid, 1997, § 17, pp. 40-41.

²⁸⁹ SIGMUND FREUD, «Lección XXXI. La disección de la personalidad psíquica» en «Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 3141.

²⁹⁰ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro I: Los escritos técnicos de Freud*, Paidós, Buenos Aires, 1997.

placer. Freud intenta dar cuenta de la grieta en el ser humano con sus conceptos de *pulsión de muerte* y de *compulsión a la repetición*. Si el *yo* del sujeto aparentemente busca el placer así como la disminución de tensiones dolorosas respondiendo al *principio del placer* ¿cómo puede explicarse que se aferre a situaciones que le producen justamente lo contrario? Un sujeto puede renunciar a la satisfacción inmediata de un deseo según lo que le marque o limite el *principio de realidad*, pero ¿cómo se explica desde la razón que renuncie a una satisfacción legítima y posible, y aún más, que se sostenga en situaciones dolorosas y perjudiciales, contradiciendo la supuesta búsqueda de placer?

En la práctica terapéutica, es capital considerar la existencia de la llamada *pulsión de muerte*²⁹¹ a la hora de iniciar un trabajo analítico y construir junto al paciente un trayecto terapéutico. Entre otras cosas, esto preserva de la tentación de recurrir a intervenciones dirigidas a la adaptación del individuo a sus circunstancias sociales, mediante técnicas de «human engineering» como las que, elaboradas en Estados Unidos, han acabado por extrapolarse al resto de occidente. Además de fundarse sobre bases profundamente equivocadas, estas técnicas desconocen el concepto de pulsión de muerte, es decir, no consideran que en muchas ocasiones el sujeto psíquico, esto es, el sujeto del inconsciente, halla placer en el displacer.

Ahora bien, a estas dos instancias psíquicas, el *yo* y el *ello*, Freud añade una tercera: el *superyó*, concepto que introduce en «*El yo y el ello*»²⁹². El *yo*, frente al *ello*, intenta regular las exigencias pulsionales, «decide» —mediante una «decisión» siempre sobredeterminada inconscientemente— si han de ser satisfechas o es necesario aplazar dicha satisfacción hasta que se produzcan las circunstancias oportunas o si dichas exigencias deben ser suprimidas totalmente. El incremento de estas demandas internas pulsionales, si no son satisfechas, produce un aumento de las tensiones displacenteras en el sujeto. Ante esto el *yo* buscará, aparentemente, la disminución de dichas tensiones. Sin embargo, esto no siempre es así: como señalamos anteriormente, el sujeto obtiene, paradójicamente, una satisfacción en su sufrimiento, la cual se expresa en forma de síntoma, ya sea por el misterio de la culpabilidad que arrastre, ya sea por el beneficio que le produzca. En una nota de su *Análisis fragmentario de una histeria* Freud afirma que:

²⁹¹ Si la mayoría de los conceptos teóricos desarrollados por Freud han sido resistidos en los ámbitos académicos y en la clínica fenoménica, el que quizá sea el más polémico es el de *pulsión de muerte*, que Freud introduce en «Más allá del principio del placer», rechazado incluso por algunas escuelas e instituciones psicoanalíticas. Lacan considera este concepto central en la teoría psicoanalítica, afirmando que ignorarlo en la doctrina de Freud es «(...) entender mal la doctrina en su totalidad» (véase JACQUES LACAN, «Subversión del sujeto y dialéctica del deseo», *Escritos 2*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2008). La lectura de Lacan de la «pulsión de muerte» freudiana desemboca en una desvinculación radical de cualquier reminiscencia biológica.

²⁹² SIGMUND FREUD, *El «yo» y el «ello»*, O.C.

(...) El motivo que lleva a enfermar a un sujeto es siempre el propósito de conquistar una ventaja. En cuanto a la ventaja secundaria de la enfermedad, es perfectamente exacto lo que se expone a continuación; pero en toda enfermedad neurótica existe y ha de reconocerse una ventaja primaria. La enfermedad ahorra, en primer lugar, un rendimiento psíquico, resultando la solución más cómoda, desde el punto de vista económico, de un conflicto psíquico (el refugio en la enfermedad), aun cuando en la mayoría de los casos se demuestre luego lo inadecuado de tal solicitud (...) ²⁹³.

Veamos un esquema del propio Freud donde hace referencia a regiones del aparato psíquico que, como señalamos anteriormente, nada tienen que ver con localidades anatómicas:

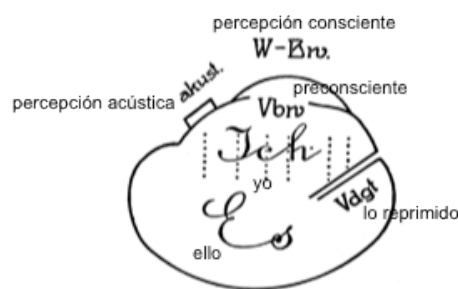


Figura 5. Esquema de Freud publicado en *El yo y el ello* ²⁹⁴.

Freud postula que como «sedimento del largo período infantil durante el cual el ser humano en formación vive en dependencia de sus padres», se constituye a partir del *yo* «una instancia especial que perpetúa esa influencia parental y a la que se ha dado el nombre de *superyó*» ²⁹⁵. El *superyó* comienza a tener un papel fundamental en la regulación de la vida psíquica del sujeto, juzgando y vigilando los pensamientos, deseos y actos, censurando o limitando las mociones pulsionales. En un intento de articular estas dos propuestas freudianas sobre la constitución del aparato psíquico, podemos arriesgar el siguiente esquema:

²⁹³ ÍDEM, «Análisis fragmentario de una histeria», *O. C.*, p. 955; n. 504.

²⁹⁴ ÍDEM, *El «yo» y el «ello»*, *O.C., op. cit.* p. 2708.

²⁹⁵ ÍDEM, «El aparato psíquico», en *Compendio del psicoanálisis*, *O.C.*, p. 3381.

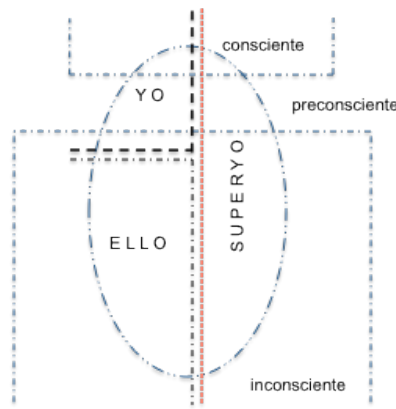


Figura 6. Un esquema del aparato psíquico.

El *yo* deberá intentar conciliar sus propias exigencias, las del *superyó*, las del *ello* y las que le presenta la realidad cotidiana. En el *superyó* del sujeto confluyen no sólo lo adquirido como normas por medio de la influencia de los padres y la cultura, sino también «las tradiciones familiares, raciales y populares que [los padres] perpetúan, así como las demandas del respectivo medio social que representan»²⁹⁶. Freud advierte que tanto el *ello* como el *superyó* representan las influencias del pasado: «el *ello* las heredadas; el *superyó*, esencialmente las recibidas de los demás, mientras que el *yo* es determinado principalmente por las vivencias propias del individuo; es decir, por lo actual y accidental»²⁹⁷. El *yo* y el *superyó* «tienen» regiones inconscientes, preconsientes y conscientes; el *ello* es «todo» inconsciente, y en él coexisten coexisten pulsiones contradictorias que no se suprimen ni excluyen mutuamente:

Nos aproximamos al *ello* por medio de analogías, designándolo como un caos o como una caldera, plena de hirvientes estímulos. Lo dibujaríamos abierto en el extremo orientado hacia lo somático, y acogiendo allí en sí las necesidades instintivas [pulsionales], que encuentran en él su expresión psíquica, pero no podemos decir en qué substrato. Se carga de energía emanada de los instintos [pulsiones]; pero carece de organización, no genera una voluntad conjunta y sí sólo la aspiración a dar satisfacción a las necesidades instintivas [pulsionales] conforme a las normas del principio del placer. Para los procesos desarrollados en el *ello* no son válidas las leyes lógicas del pensamiento, y menos que ninguna, el principio de la contradicción. Impulsos contradictorios coexisten en él, sin anularse mutuamente o restarse unos de otros; lo más que hacen es fundirse, bajo la coerción económica dominante, en productos transaccionales para la derivación de la energía. No hay en el *ello* nada equivalente a la negación, y comprobamos también en él con

²⁹⁶ IBÍDEM.

²⁹⁷ IBÍDEM, p. 3381.

gran sorpresa la excepción de aquel principio filosófico según el cual el espacio y el tiempo son formas necesarias de nuestros actos anímicos. En el ello no hay nada que corresponda a la representación del tiempo; no hay reconocimiento de un decurso temporal, hecho hartamente singular, que espera ser acogido en el pensamiento filosófico, ni modificación del proceso anímico por el decurso del tiempo²⁹⁸.

Así mismo Freud reconoce la paradoja fundamental en la que se basa la investigación de los procesos psíquicos: como toda ciencia, el psicoanálisis se construye necesariamente en base a las observaciones y experiencias alcanzadas por medio de nuestro aparato psíquico, pero precisamente dicho aparato psíquico constituye, a la vez, su objeto de estudio:

En efecto, realizamos nuestras observaciones por medio del mismo aparato perceptivo, y precisamente con ayuda de las lagunas en lo psíquico, completando las omisiones con inferencias plausibles y traduciéndolas al material consciente. Así, establecemos, en cierto modo, una serie complementaria consciente para lo psíquico inconsciente. La relativa certeza de nuestra ciencia psicológica reposa sobre la solidez de esas deducciones, pero quien profundice esta labor comprobará que nuestra técnica resiste a toda crítica. En el curso de esta labor se nos imponen las diferenciaciones que calificamos como cualidades psíquicas. No es necesario caracterizar lo que denominamos consciente, pues coincide con la consciencia de los filósofos y del habla cotidiana. Para nosotros todo lo psíquico restante constituye lo inconsciente²⁹⁹.

El humor del superyó. Hemos comentado el valor ambivalente del afecto de angustia, afecto que en el momento de su emergencia no engaña a quien la padece, esto es, un afecto que avisa que algo no anda como debiera y que, como tal, es indisociable señal de que hay *deseo* que por motivos particulares está obturado o inhibido. En ese sentido la emergencia de la angustia es un aliado del sujeto, por desagradable o insoportable que sea su experiencia. También el *superyó* tirano, rígido, tiene en ciertos momentos, como resalta Freud, una función de «aliado» del *yo*. Un ejemplo de ello es el humor. Ante los avatares y exigencias más crueles que puede oponernos la realidad, Freud dice que el humor es una formación de compromiso entre el *yo* y el severo *superyó*, posibilitando la mediación del *superyó* un pequeño momento de goce placentero. Freud pone el ejemplo de un condenado que siendo conducido un lunes a la horca exclama: «¡Linda manera de empezar la semana!». De este modo se produce, por medio de la actividad intelectual, un cierto triunfo del narcisismo, confirmando una especie de

²⁹⁸ SIGMUND FREUD, «Lección XXXI. Disección de la personalidad psíquica» en «Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis»; *O.C.*, pp. 3142-3143.

²⁹⁹ ÍDEM, «Las cualidades psíquicas», *op. cit.*, p. 3.

invulnerabilidad del *yo* que rehúsa dejarse ofender y precipitar al sufrimiento por efecto de la realidad. El *yo* se empecina en que no pueden afectarlo los traumas del mundo exterior y que incluso le representan motivos de placer. Un triunfo del principio del placer sobre el principio de realidad, en este caso, sobre la adversidad de las circunstancias reales.

Al rechazar la posibilidad del sufrimiento, el humor ocupa una plaza en la larga serie de los métodos que el aparato psíquico humano ha desarrollado para rehuir la opresión del sufrimiento; serie que comienza con la neurosis, culmina en la locura y comprende la embriaguez, el ensimismamiento y el éxtasis³⁰⁰.

El condenado humorista del ejemplo obtiene su superioridad frente a los que le condenan, «al adoptar el papel del adulto, al identificarse en cierto modo con el padre, reduciendo a los demás al papel de niños». También destaca Freud aquellas situaciones donde el sujeto dirige el humor contra su propia persona para defenderse de este modo de un sufrimiento amenazante, tratándose a sí mismo como a un niño y adoptando simultáneamente frente a este niño el papel del adulto superior.

Si es realmente el *super-yo* quien por medio del humor consuela tan cariñosamente al intimidado *yo*, ello nos demuestra que aún tenemos mucho que aprender sobre la esencia del *super-yo*. Por lo demás, no todos los seres tienen el don de poder adoptar una actitud humorística, pues ésta es raro y precioso talento, y muchos carecen hasta de la capacidad para gozar el placer humorístico que otros les proporcionan. Por fin, si el *super-yo* trata de consolar al *yo* con el humor, protegiéndolo del sufrimiento, no contradice por ello su origen de la instancia parental³⁰¹.

El *yo* aloja en su núcleo central esta instancia tan particular llamada *superyó*, con la que en ocasiones se funde, no siendo posible diferenciar la una de la otra, mientras que en otras se enfrentan violentamente: «(...) el *super-yo* es el heredero de la instancia parental; a menudo mantiene al *yo* en severa dependencia, lo trata realmente como los padres —o más bien el padre— trataron al niño en años anteriores»³⁰².

En la actitud humorística —según la descripción dinámica que de ella hace Freud— se produciría un desplazamiento de cargas psíquicas desde el *yo* hacia el *superyó*: «A este *super-yo* así inflado, el *yo* puede parecerle insignificante y pequeño, triviales todos sus intereses, y ante esta nueva distribución de las energías, al *superyó* le resultará muy fácil contener las

³⁰⁰ SIGMUND FREUD, «El humor», *O.C.*, p. 2998.

³⁰¹ IBÍDEM, p. 3000.

³⁰² IBÍDEM, p. 2999.

posibles reacciones del yo»³⁰³. La actitud humorística difiere en su dinámica de los procesos melancólicos, donde el *yo* es suprimido por el *superyó*, para luego liberarse momentáneamente de su tiranía pasando así a los estados maníacos; de esta manera en la melancolía la carga psíquica fluctuaría de una instancia a otra.

Comúnmente concedemos al *superyó* la función de un muy severo amo que impediría al sujeto dejarse llevar por ciertas corrientes del principio del placer, lo cual estaría en contradicción con que permita al *yo* un pequeño goce placentero, como ocurre en el humor. Sin embargo para Freud, aunque el humor vendría a ser la contribución a lo cómico mediada por el *superyó*, «el placer humorístico nunca alcanza la intensidad del que se origina en lo cómico o en el chiste, y nunca se expresará en risa franca»³⁰⁴. El *superyó*, al posibilitar la actitud humorística, en el fondo rechaza la realidad y se pone al servicio de una ilusión, pero produciendo un placer que aunque poco intenso, sí resulta particularmente liberador y exaltante.

Paradojas del superyó. Mientras más renuncie el sujeto a sus propias demandas pulsionales, más renunciadas le exige el *superyó*. La ganancia de placer, entonces, se traslada a la renuncia misma; dicho en términos utilizados por Lacan: hay un *goce* en la propia renuncia a la satisfacción de deseos inconscientes y legítimos.

Freud afirmó que el sujeto enfermaba a consecuencia del conflicto que emerge entre las exigencias de la vida pulsional y las resistencias psíquicas que se alzan contra aquellas. Los procesos patológicos que se desprenden de esta tensión nos permiten vislumbrar, junto al análisis de otras producciones como los sueños, los lapsus, etc., el funcionamiento del aparato psíquico:

Cuando arrojamus al suelo un cristal, se rompe, mas no caprichosamente; se rompe, con arreglo a sus líneas de fractura, en pedazos cuya delimitación, aunque invisible, estaba predeterminada por la estructura del cristal. También los enfermos mentales son como estructuras, agrietadas y rotas. No podemos negarles algo de aquel horror respetuoso que los pueblos antiguos testimonian a los locos. Se han apartado de la realidad exterior, pero precisamente por ello saben más de la realidad psíquica interior, y pueden descubrirnos cosas que de otro modo serían inaccesibles para nosotros³⁰⁵.

Freud, examinando aquellos casos de sujetos que se sienten observados y sufren delirios persecutorios, se preguntó: «¿Qué pasaría si estos dementes tuvieran razón, si en todos

³⁰³ IBÍDEM.

³⁰⁴ IBÍDEM, p. 3000.

³⁰⁵ SIGMUND FREUD, «Diseción de la personalidad psíquica», *op. cit.*, p. 3133.

nosotros existiera en el *yo* una tal instancia, vigilante y amenazadora, que en los enfermos mentales sólo se hubiera separado francamente del *yo* y hubiera sido erróneamente desplazada a la realidad exterior?»³⁰⁶. A partir de estas investigaciones surge en la teoría psicoanalítica la idea de que una instancia separada del *yo* y «observadora» de éste, podría estar en la estructura normal del psiquismo. La función del *superyó* es, por una parte, el ejercicio de la conciencia moral del sujeto, y por otra, vinculada a ésta como actividad juzgadora, la auto-observación. Para mostrar el rigor y la crueldad que en ocasiones puede manifestar el *superyó*, Freud pone como ejemplo el acceso melancólico, cuyo rasgo más significativo es la forma en que esta instancia representante de la conciencia moral trata al *yo*.

Mientras que en épocas de salud el melancólico puede ser, como cualquier otro individuo, más o menos riguroso consigo mismo, en el acceso melancólico el *superyó* se hace riguroso en extremo: riñe, humilla y maltrata al pobre *yo*; le hace esperar los peores castigos y le reprocha actos muy pretéritos, que a su hora fueron indulgentemente juzgados, como si en el intervalo hubiera acumulado las acusaciones, habiendo esperado tan sólo su robustecimiento actual para darles curso y fundar en ellas una sentencia³⁰⁷.

En ocasiones un acceso melancólico puede presentar como contrapartida un episodio maníaco, donde el *yo*, como si se revelara ante la conciencia moral instalada en el *superyó*, se da libertad para satisfacer todos sus caprichos sin el menor remordimiento.

La conciencia moral se va construyendo en el sujeto desde la infancia a través de la influencia de los padres, principalmente al ejercer estos su autoridad e imponer al niño los límites propios de la educación y la cultura. Posteriormente, a través del mecanismo de la *identificación*³⁰⁸, «que no es una simple imitación, sino una apropiación [inconsciente]»³⁰⁹, esta autoridad que proviene inicialmente del exterior será internalizada y su función será asumida por el *superyó*. El *superyó*, de este modo, es el representante de todas las

³⁰⁶ IBÍDEM, p. 3134.

³⁰⁷ IBÍDEM, p. 3135.

³⁰⁸ Freud denomina con el término *identificación* al proceso psíquico inconsciente mediante el cual un sujeto «adopta» como propios uno o más atributos de otro sujeto. Lacan la define como «la transformación que se produce en el sujeto cuando asume una imagen» (véase «El estadio del espejo como formador de la función del *yo* (...)», en *Escritos I*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2008, p. 87). Lacan distingue entre *identificación imaginaria* (primaria) y *simbólica* (secundaria). La primera se refiere al mecanismo mediante el cual el infante al ver su reflejo en el espejo se identifica con dicha imagen (*estadio del espejo*), dando origen al *yo ideal*. La identificación *simbólica*, es la identificación con el padre, al final del complejo de Edipo, dando origen al *ideal del yo*, proceso que trasciende la agresividad propia de la identificación *primaria*. Lacan refiere a ella como simbólica puesto que es la que posibilita el acceso del sujeto al orden simbólico, proceso que en los fenómenos psicóticos no se produce. Otro aporte al concepto de identificación que consideramos fundamental en Lacan respecto al trabajo analítico es el llamado «fin de análisis», no entendido como una identificación con el analista, como han propuesto algunos autores (v.g. Balint), sino como aquel momento o momentos donde el sujeto pone en cuestión sus identificaciones.

³⁰⁹ SIGMUND FREUD, «La deformación onírica» en *La interpretación de los sueños*, p. 439.

restricciones morales y se construye —he aquí un punto esencial para vislumbrar su crueldad— no sobre el modelo parental —el cómo los padres premiaban o castigaban al niño— sino conforme al *superyó* parental, transmitido e incorporado mediante procesos identificatorios de generación en generación.

La idea de un *superyó* como instancia psíquica que juzga moralmente a los sujetos, es un aporte freudiano capital para la investigación de los malestares en la cultura contemporánea, así como de la conducta social de los sujetos. A las funciones del *superyó*, representante de todas las restricciones morales, «la concepción materialista de la Historia peca probablemente en no estimar bastante»³¹⁰. Esta concepción considera que «las “ideologías” de los hombres no son más que el resultado y la superestructura de sus circunstancias económicas presentes»³¹¹. Lo cual sólo es verdad en parte, dice Freud, ya que los sujetos no viven exclusivamente en el presente, puesto que en el psiquismo perviven ideologías del pasado: «en las ideologías del *super-yo* perviven el pasado, la tradición racial y nacional, sólo muy lentamente ceden a las influencias del presente»³¹², ideologías éstas que actúan en el presente, independientemente de cuáles sean las circunstancias y estructuras económicas.

Resistencia y represión. Otro de los conceptos capitales en la teoría psicoanalítica es el de «resistencia». El concepto fue introducido por Freud en los comienzos de sus investigaciones, descubierto como un obstáculo complejo a la resolución de las manifestaciones sintomáticas del paciente y al avance del trabajo analítico, obstáculo que no se diluye con la mera insistencia o señalamiento del terapeuta, la sugestión, ni con la persuasión o los consejos que pueda dársele al paciente, ni mucho menos con la revelación o explicación explícita de un supuesto sentido tras dichas manifestaciones. Los pacientes, como se constata en el trabajo analítico, oponen inconscientemente una persistente resistencia a la curación o alivio de su malestar anímico:

Es éste un hecho tan singular, que no extrañamos la incredulidad con que suele acogerse su exposición y, por tanto, nos guardamos muy bien de comunicarlo a los familiares del enfermo, pues correríamos el peligro de que nuestras indicaciones fuesen consideradas como una prudente medida preventiva, encaminada a justificar de antemano la larga duración del tratamiento o su posible fracaso³¹³.

³¹⁰ ÍDEM, «Diseción de la personalidad psíquica», *op. cit.*, p. 3138.

³¹¹ ÍBÍDEM.

³¹² ÍBÍDEM.

³¹³ ÍDEM, «Lección XIX. Resistencia y represión» en «Lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 2301.

Tampoco el paciente sabe de la resistencia inconsciente que opone a su mejoría, por tanto no tiene ningún valor comunicárselo. Tanto para el paciente como para sus familiares «(...) tiene que resultar ridículamente inverosímil la idea de que pueda haber alguien que, atormentado por determinados síntomas y dispuesto a toda clase de sacrificios con tal de verlos desaparecer, se coloque, no obstante, al lado de su enfermedad y en contra de aquellos que acuden a librarle de ella»³¹⁴. En cambio sí considera Freud clave el factor afectivo en la práctica analítica como un elemento sustancial para el posible levantamiento de las resistencias, anticipando de este modo la posterior elaboración del concepto de «transferencia», al plantear en *Estudios sobre la histeria* que:

Junto a los motivos intelectuales en que nos apoyamos para dominar la resistencia actúa un factor afectivo —la autoridad personal del médico—, del cual sólo muy raras veces podemos prescindir, siendo, en cambio, en un gran número de casos, el único que puede acabar con la resistencia. Pero esto sucede en todas las ramas de la Medicina y ningún método terapéutico renuncia por completo a la colaboración de este factor³¹⁵.

En «Inhibición, síntoma y angustia»³¹⁶ Freud destaca diversas formas de resistencias psíquicas, de las cuales tres las atribuye al *yo*:

- una es la relacionada con la *represión*, siendo éste el proceso de apartamiento de la conciencia de ciertas incitaciones pulsionales mediante el cual se reprimen representaciones tales como pensamientos, imágenes, recuerdos ligados a una pulsión;
- otra es la vinculada con la *transferencia*; referida a aquellos momentos del análisis donde el paciente parece no querer saber nada del trabajo analítico, centrando su atención en la figura del analista, ya sea queriendo agradecerle o, por el contrario, desvalorizándolo, más allá de las cualidades propias del analista en el ejercicio de su oficio;
- la última, de cualidad diferente, es la que integra, paradójicamente, el síntoma en el *yo*, obteniendo el sujeto con dicha resistencia lo que Freud dio en llamar un *beneficio secundario de la enfermedad*.

³¹⁴ IBÍDEM.

³¹⁵ ÍDEM, «Psicoterapia de la histeria» en *Estudios sobre la histeria*, O.C., p. 155.

³¹⁶ ÍDEM, «Inhibición, síntoma y angustia», O.C., p. 2833.

Las otras dos resistencias Freud las atribuye al:

- *ello*; resistencia vinculada a la compulsión a la repetición y a la inercia pulsional, es decir, a lo que Freud llamó fuerza de adherencia o *viscosidad de la libido*, que queda en cierto modo adherida a los objetos de goce, imposibilitando la sustitución ante la pérdida de los mismos;
- *superyó*; resistencia que provendría de sentimientos de culpabilidad inconscientes que prevalecen sobre la posibilidad de curación. Esta hipótesis plantea que en ocasiones subyace la existencia de una necesidad de castigo producto de la culpa previa, castigo llevado a cabo por el propio síntoma y el sufrimiento que eventualmente acarree.

A estas resistencias cabe agregar las relacionadas con las *resistencias al cambio*, esto es, el temor a la *cura*, a las nuevas posibilidades de vida que ésta puede brindarle al sujeto. Pichon-Rivière³¹⁷ puso en relación estas dos resistencias con dos miedos básicos del sujeto: por un lado, el *miedo a la pérdida* de lo ya adquirido, esto es, las defensas neuróticas establecidas a modo de instrumentos para lograr una particular y paradójica adaptación al mundo a través de los síntomas, y por otro el *miedo al ataque*, esto es, el estado de indefensión ante la realidad externa o psíquica en que se encontraría el sujeto si perdiera dichas defensas. El sujeto se comporta en ese sentido como si hubiese aprendido el «oficio» de enfermo, condición en la que se encuentra más seguro.

La resistencia de un paciente no emana de lo reprimido, ya que lo reprimido, como la práctica clínica revela, tiene un intenso impulso a emerger en la conciencia; por tanto, afirma Freud, la resistencia es una manifestación inconsciente del *yo* que realizó el trabajo de represión y se esfuerza en mantener inconscientes aquellas representaciones que serían intolerables para *él*. En este sentido, partes considerables del *yo* como del *superyó* son inconscientes y operan resistiendo a la revelación de ciertos contenidos reprimidos. De este modo, lo inconsciente implica un proceso psíquico cuya existencia sólo se puede deducir por los *efectos* que produce: síntomas, lapsus, etc.; las resistencias y sus motivos, como advierte Freud, son inconscientes al principio del tratamiento analítico «y se hallan al servicio del principio del placer, pues se trata de ahorrar el displacer que sería causado por la libertad de lo reprimido»³¹⁸.

³¹⁷ ENRIQUE PICHON-RIVIÈRE, «Grupos familiares. Un enfoque operativo», en *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I)*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2001, p. 65.

³¹⁸ SIGMUND FREUD, *Más allá del principio del placer*, O.C., p. 2515.

El inconsciente, es decir, lo reprimido, no presenta resistencia alguna a la labor curativa; no tiende por sí misma a otra cosa que a abrirse paso hasta la conciencia o a hallar un exutorio por medio del acto real, venciendo la coerción a que se halla sometido.

La resistencia procede en la cura de los mismos estratos y sistemas superiores de la vida psíquica que llevaron a cabo anteriormente la represión³¹⁹.

En relación a la hipótesis de la existencia de resistencias del ello, quizá sea pertinente resaltar que el entramado pulsional manifiesta un «inercia» o «fijación». Consideremos las situaciones de duelo, que demanda para su elaboración que la libido abandone todas sus ligaciones al objeto perdido:

Contra esta demanda surge una oposición naturalísima, pues sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aun cuando les haya encontrado ya una sustitución. Esta oposición puede ser tan intensa que surjan el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto por medio de una psicosis desiderativa alucinatoria³²⁰.

Este proceso conlleva un lento y doloroso trabajo; si esto no sucede, adviene un estado de melancolía: el sujeto no puede desvincularse del objeto y, por ende, le es imposible sustituirlo y vincularse a otro. Una enigmática inercia pulsional lo mantiene aferrado al objeto perdido.

Lacan advirtió que las resistencias del paciente son resistencias del analista, en el sentido de que el analista puede enredarse en las reacciones del analizante y desarrollar a partir de ahí sus propias resistencias. Podemos considerar las reacciones del analizante como una suerte de señuelos que éste tiende al analista: dichas reacciones son estructurales, y no constituyen ninguna amenaza añadida para el discurrir del tratamiento analítico, ya que en definitiva el psicoanálisis se constituye en esencia como «práctica clínica» para trabajar con ellas y junto a ellas. El analista debe tener en consideración este aspecto para no caer en el error de considerar estas reacciones como agresiones dirigidas a su persona ni como un simple imprevisto del análisis. La práctica clínica nos muestra numerosos casos donde el paciente y, en su caso, su familia, en los primeros momentos de un tratamiento «colabora» con su análisis, relata situaciones y sentimientos con fluidez e incluso manifiestos logros «terapéuticos» rápidos a la vista del analista, para luego súbitamente detenerse en su hablar, paralizándose ante esos supuestos logros iniciales, no expresando esa cordialidad que inicialmente transmitió al analista, cambiando arbitrariamente las horas de las sesiones o,

³¹⁹ IBÍDEM, p. 2515.

³²⁰ ÍDEM, «Duelo y melancolía», *O.C.*, p. 2092.

como señalamos anteriormente, pidiendo la reducción de las mismas. Por su parte, el terapeuta puede considerar como resistencia lo que en realidad es una decisión del analizante, producto de una elaboración ética y legítima: en este caso el analizante no se «resiste» sino que quizá toma por cuenta propia una decisión que no concuerda con lo que el terapeuta «espera de él».

El paciente, en la resistencia vinculada a la transferencia que emerge en el tratamiento analítico, reeditará antiguos conflictos, transfiriendo al presente modos de conducirse frente a ellos similares a los del pasado, pero en este caso trasladándolos sobre la figura del analista; la transferencia produce de este modo:

(...) una separación entre los síntomas y la libido, y quedando los primeros despojados de todo revestimiento libidinoso. En lugar de la enfermedad propiamente dicha aparece una nueva artificialmente provocada; esto es, la enfermedad de la transferencia, y los objetos tan variados como irreales de la libido quedan sustituidos por uno solo, aunque igualmente fantástico: la persona del médico³²¹.

La figura del analista debe pasar a ser un objeto pasajero, que posibilite que la libido se desligue de objetos y situaciones anteriores y quede libre para ligarse a otros nuevos. La hipótesis de la viscosidad o inercia de la libido, que hemos mencionado en relación a la resistencia del ello, fue anticipada por Freud en sus *Tres ensayos para una teoría sexual*, donde planteó la existencia de «un factor psíquico de origen desconocido»³²² que llamó *adherencia* o *fijación*, advirtiéndolo por otra parte que una excesiva capacidad de movilidad libidinal también sería un obstáculo para el tratamiento así como para los vínculos que pretenda establecer el paciente fuera del propio análisis. La transferencia, cuyo antecedente en la teoría analítica es la sugestión, elemento que Freud, advertido por la finura de sus investigaciones, pronto descartó como sustancial en psicoanálisis y que la mayoría de las prácticas psicoterapéuticas aún utilizan— es, simultáneamente, el elemento de resistencia más sólido y el motor más poderoso del trabajo analítico. Esta ambivalencia pone al analista, en el ejercicio de su oficio, ante una verdadera piedra de toque que lo confronta con su deseo de analista.

De la culpa a la responsabilidad. Anteriormente hemos planteado los obstáculos que el propio paciente y su entorno pueden poner al proceso analítico ante la emergencia de

³²¹ ÍDEM, «Lección XXVIII. La terapia analítica» en «Lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 2406.

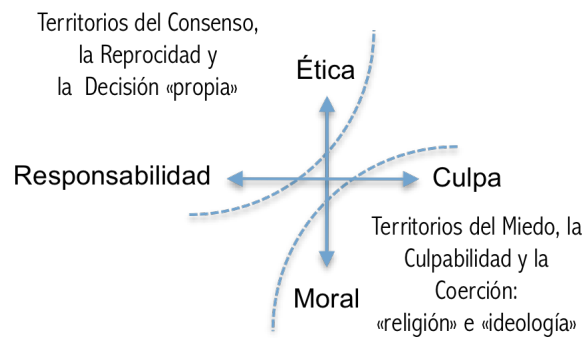
³²² ÍDEM, «Tres ensayos para una teoría sexual», *O.C.*, p.1236.

cualquier posibilidad de cambio en su modo de estar en el mundo, es decir, la posibilidad de despegarse de actitudes que sólo conducen una y otra vez a un sufrimiento autoinfligido e inconsciente. Para estos casos Freud propuso la tesis de la existencia de un sentimiento de culpabilidad subyacente que, encarnado en el *superyó*, operaría de manera punitiva y contradictoria una y otra vez.

En «Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica»³²³, Freud resalta que al inicio del tratamiento analítico el analista no deposita su interés en el carácter del sujeto, sino que intenta averiguar qué significado tienen los síntomas que éste relata o manifiesta, y qué impulsos pulsionales se ocultan detrás de los mismos y se satisfacen en dichos síntomas. Sin embargo, Freud observa que este trabajo analítico pronto se ve amenazado u obstaculizado por el propio paciente y pasa a examinar ciertos tipos de caracteres que se le presentaron en su trabajo y que operaban en esa línea de resistencia a la cura. Destaca primero los que llama los caracteres de «excepción», es decir, aquellos sujetos que muestran un rasgo impulsivo que les impide renunciar temporalmente a la satisfacción de un deseo, esto es, renunciar a un placer inmediato que considera le corresponde como un derecho indiscutible. Sabemos que los sujetos por lo general priman sus «derechos» —y privilegios— de «felicidad» y «satisfacción» sobre sus deberes como sujetos sociales. Esto es, prevalece el «principio de placer» sobre el «principio de realidad», como se observa en los casos patológicos de consumo impulsivo de sustancias tóxicas, de objetos innecesarios o que están más allá de sus posibilidades de adquirirlos y necesidades reales, en los casos de ingesta desmedida de alimentos, etc. Actitudes éstas, a primera vista, infantiles o más bien primarias. Al comienzo del tratamiento de un «im-paciente» de este tipo, el analista suele plantear una renuncia provisional a una cualquier satisfacción inmediata, planteamiento ante el que muchos pacientes se rebelan aduciendo que ya han sufrido en sus vidas muchas privaciones y restricciones y «que no están dispuestos a someterse a ninguna nueva necesidad displaciente, pues son excepciones y se proponen seguir siéndolo»³²⁴.

³²³ ÍDEM, «Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica», *O.C.* p. 2413.

³²⁴ ÍDEM, «Los de excepción» en «Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica», *O.C.*, p. 2414.



Esquema 2. Ética-responsabilidad :: culpa-moral

Sin entrar a profundizar en el análisis de estos casos de «excepción», sólo resaltar lo expuesto por Freud, cuando observa que muchos de ellos creen haber sufrido en la infancia o posteriormente sucesos injustos del que fueron víctimas pasivas, y que por tanto en el presente están exentos de limitar sus privilegios, pudiendo obrar sin límites ni medida y recibir de este modo una compensación por el sufrimiento y carencias supuestamente experimentados anteriormente, lo que desemboca en la agudización de los malestares neuróticos.

El segundo de estos caracteres analizados por Freud en dicho trabajo es el de aquellos sujetos que «fracasan al triunfar»³²⁵. El psicoanálisis revela la paradoja que manifiestan algunos sujetos que ceden a un proceso neurótico melancólico no cuando el cumplimiento de un deseo les es negado, sino cuando les ha sido posible satisfacerlo. En estos sujetos se observa que, a partir del momento en que cumplen un sueño profundamente deseado, su salud, física o anímica, comienza a declinar, y ellos terminan cayendo en estados melancólicos y afirmando que no merecen lo conseguido pese al trabajo que hayan realizado para ello. Freud introduce aquí la tesis de que un insondable «sentimiento de culpabilidad» previa subyace a estos llamativos procesos anímicos, como también ocurre en el tercer tipo de carácter que investiga, a saber, el de aquellos sujetos que delinquen para soportar o justificar ese sentimiento previo que arrastran³²⁶. Freud observa que en ciertos sujetos que han cometido un acto delictivo, y por tanto punible, por paradójico que pudiera parecer, el sentimiento de culpabilidad no sigue sino que preexiste al delito cometido. De estos «delincuentes por sentimiento de culpabilidad» nos dice Freud:

³²⁵ ÍDEM, «Los que fracasan al triunfar» en «Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica», *O.C.*, p. 2416.

³²⁶ ÍDEM, «Los delincuentes por sentimiento de culpabilidad» en «Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica», *O.C.*, *op. cit.*, p. 2427.

La labor analítica me condujo entonces al sorprendente resultado de que tales actos eran cometidos, ante todo, porque se hallaban prohibidos y porque a su ejecución se enlazaba, para su autor, un alivio psíquico. El sujeto sufría, en efecto, de un penoso sentimiento de culpabilidad, de origen desconocido, y una vez cometida una falta concreta sentía mitigada la presión del mismo. El sentimiento de culpabilidad quedaba así, por lo menos, adherido a algo tangible³²⁷.

El origen mítico de este sentimiento de culpabilidad, previo a cualquier acto real, Freud lo ubica en un momento fundacional del sujeto, poniéndolo en relación con el complejo de Edipo, problemático y malentendido concepto que más adelante intentaremos explorar. El *yo* se siente culpable ante el *superyó*, la conciencia moral, y esta culpa, que está en relación con el hecho de ser un sujeto deseante pero tampoco se resuelve con la renuncia al deseo, conduce a una necesidad de castigo. Un clásico ejemplo de sentimiento de culpabilidad, relacionado con un «triunfo» concreto, es el del sujeto que por su propio trabajo y dedicación obtiene un salario largamente deseado o un logro académico —algo que quizá su propio padre no pudo conseguir— y pese a ello —o mejor dicho: precisamente a raíz de ello— cae en un estado de ánimo llamativamente melancólico. Superar de este modo al padre, puede resultar —inconscientemente— insoportable para algunos sujetos, y no sólo o no simplemente porque se debiera al apoyo brindado por el padre que el sujeto pudo acceder a tener unos estudios y un trabajo o porque, por el contrario, el padre no compareciera en los momentos que hubiese necesitado el hijo para su formación y de este modo ninguna «deuda» aparente lo ligaría con su progenitor. De este modo viene Freud a plantear que en el sujeto subyace una culpa constitutiva, más allá de sus actos y, en este caso, más allá de la actuación de su progenitor paterno.

Freud llega a la hipótesis de que el sentimiento de culpabilidad es efecto de un verdadero deseo sentido de cometer un crimen, pero sin haberlo llegado a cometer: «(...) tal oscuro sentimiento de culpabilidad procedía del complejo de Edipo, siendo una reacción a las dos grandes intenciones criminales: matar al padre y gozar a la madre. Comparados con éstos, los delitos cometidos para la fijación del sentimiento de culpabilidad habían de ser realmente un alivio para el sujeto atormentado»³²⁸. Incluso Freud describe la observación clínica de aquellos niños que llegan a provocar el castigo, y una vez obtenido éste se muestran tranquilos y contentos.

³²⁷ IBÍDEM.

³²⁸ IBÍDEM, p. 2427.

El *superyó*, heredero del complejo de Edipo, es la instancia psíquica donde, como hemos señalado, se configuran las normas morales y éticas que posibilitan la convivencia en comunidad, siendo a su vez el guardián del cumplimiento de esas normas, exigiendo para ello renunciaciones ante intenciones o deseos que las infringirían. Pero el *superyó* mantiene una relación ambivalente con el propio *yo* del que ha surgido: por un lado, protege al *yo* de la satisfacción inmediata de inercias pulsionales y de aquellos excesos que le acarrearían consecuencias nefastas y por otro, cuando el *yo* obedece al mandato *superyoico* de prudencia y mesura, le exige más y más renunciaciones, incluso en relación a deseos o proyectos de vida legítimos y productivos. El origen mítico de ese sentimiento de culpa, vinculado siempre a un deseo cuya satisfacción está vedada *superyoicamente* al sujeto, puede llevarnos a diversas explicaciones especulativas que nos conducen al centro de la metapsicología freudiana, es decir, al concepto mismo de inconsciente. Por tanto dicho sentimiento no puede ser combatido directamente por ningún medio, sólo debe ser considerado como un emergente en la estructura de todo sujeto, y esperar pacientemente a que o bien se disuelva a través del trabajo analítico, cosa improbable, o bien deje de operar con insistencia tiránica —como se observa en los rituales religiosos obsesivos relacionados con la «moral religiosa»— y el sujeto pueda ubicar sus deseos legítimos en el campo de la responsabilidad y la convivencia ética, territorio opuesto al de la moral coercitiva y de su consecuente aliada, es decir, la culpa; el sentimiento de culpabilidad, —es decir, el momento *subjetivo* de la culpa³²⁹—, como bien señaló Lacan, opera como un contable³³⁰, al que las cuentas siempre le salen a pagar.

3. PSICOANÁLISIS, UNA CIENCIA CONJETURAL

El psicoanálisis es una disciplina, una ciencia conjetural, que nació en el corazón de la vieja Europa, entre bombardeos y campos de concentración, y fue llevada a América por hombres y mujeres, muchos de ellos españoles, que huyendo de esas condiciones reinantes en Europa se instalaron en aquellas tierras, donde las posibilidades de trabajo e investigación, tanto sociales y culturales como económicas eran, con mucho, superiores a las que se daban aquí. Un caso aparte fue Freud, que resistió valiente o temerariamente en la ciudad de Viena hasta un año antes de su muerte: sólo en 1939, después de que fusilaran a sus hermanas y hermanos, y quemaran sus libros en la puerta de su casa, no tuvo más remedio que exiliarse en Londres, ya que su vida corría peligro y su trabajo se veía fuertemente perjudicado.

³²⁹ PAUL RICOEUR, *Finitud y culpabilidad*, Trotta, Madrid, 2004, p. 258.

³³⁰ JACQUES LACAN, *Los Seminarios de Jacques Lacan. Seminario 22. R.S.I.*, Clase 3, del 14 de Enero de 1975; (Inédito) en <http://planetafreud.wordpress.com/>.

Por lo que respecta a la difusión en España de la teoría freudiana, es necesario mencionar un detalle no trivial: fue Ortega y Gasset quien encargó en 1920 al español Luis López-Ballesteros y de Torres (1896-1938) la traducción de las obras completas de Freud, que comenzaron a publicarse en Madrid, en la editorial Biblioteca Nueva, a partir de 1922. Recordemos la carta que el propio Freud envía a su traductor castellano el 7 de mayo de 1923:

Siendo yo un joven estudiante, el deseo de leer el inmortal «Don Quijote» en el original cervantino me llevó a aprender, sin maestros, la bella lengua castellana. Gracias a esta afición juvenil puedo ahora —ya en edad avanzada— comprobar el acierto de su versión española de mis obras, cuya lectura me produce siempre un vivo agrado por la correctísima interpretación de mi pensamiento y la elegancia del estilo. Me admira, sobre todo, cómo no siendo usted médico ni psiquiatra de profesión ha podido alcanzar tan absoluto y preciso dominio de una materia harto intrincada y a veces oscura³³¹.

Los motivos por los cuales el psicoanálisis, en el caso particular de España, encontrara y siga encontrando tantas resistencias, es un tema para un debate o discusión que requeriría de otro espacio de trabajo. Lo que nos parece importante destacar, sin embargo, es que su difusión encontró resistencias tanto en el ámbito académico como en la práctica clínica, privada y pública. Esto resulta tanto más sorprendente si consideramos que la teoría psicoanalítica cumple con la consigna de los clásicos griegos —Hipócrates y Asclepio fundamentalmente—, que consiste en tratar los malestares de los hombres y mujeres *a través de la palabra*, y aún más si pensamos que es del psicoanálisis de donde fueron surgiendo la infinidad de psicoterapias y psedo-terapias actuales.

Por lo que concierne a Freud, que podemos considerar el fundador de una clínica de la *escucha*, algunas de sus tesis y afirmaciones pusieron al psicoanálisis en una situación de sospecha y rechazo. Entre ellas podemos citar:

- El descubrimiento de que en la vida infantil, desde el nacimiento, ya hay *sexualidad*, a diferencia de lo que se pensaba en la época de esta afirmación, esto es, que la sexualidad emergería en las puertas de la vida adulta. Esto que rudimentaria y vulgarmente se acepta hoy —se habla de traumas infantiles, de las consecuencias de un abuso sexual para la vida del niño—, en ese momento fue considerado como una herejía.

³³¹ SIGMUND FREUD, «Unas palabras del profesor Freud sobre la versión castellana de sus obras completas», *O.C.*, p. XLV.

- La tesis según la cual la sexualidad no se reduciría a la genitalidad, como aún hoy creen los médicos positivistas, psiquiatras, psicólogos y sexólogos.
- El descubrimiento, que llevó a Freud a apartarse de la Sociedad Médica de Viena, de que la histeria no es una problemática psíquica exclusiva de la mujer, sino que también el hombre puede galopar a lomo de la histeria, descubrimiento que en la mencionada conservadora sociedad médica europea resultó intolerable.
- La tesis según la cual la pulsión no tiene un objeto definido que la satisfaga —no hay un objeto para cada necesidad—, esto es, que la pulsión, a diferencia del instinto, no está determinada biológicamente, como puede observarse en el fetichismo, donde alguien puede «gozar» con una prenda de vestir, un zapato, una jeringuilla, etc.

Pese a estas resistencias al psicoanálisis, nuestro lenguaje cotidiano está habitado por términos que esta disciplina produjo como conceptos teóricos —*resistencia, represión, deseo inconsciente, complejo, acto fallido, lapsus, identificación, libido, pulsión, narcisismo, sublimación, inconsciente...*—, pero cuyo uso rutinario se ha apartado del valor epistemológico original, con la consecuencia de que dichos conceptos han sido devaluados en el habla común, incluso por obra de algunas corrientes desviadas dentro del propio movimiento psicoanalítico.

Freud definió el *psicoanálisis* como:

- un método para la investigación de procesos anímicos inaccesibles de otro modo;
- un método terapéutico de perturbaciones neuróticas basado en tal investigación;
- una serie de conocimientos psicológicos así adquiridos, que van constituyendo paulatinamente una nueva disciplina científica.

El sujeto, viene a decirnos el psicoanálisis, se produce en la palabra, más allá del determinismo científicista que busca en los genes la causa de los malestares psíquicos. Se han cumplido más de cien años desde la publicación de la *Interpretación de los sueños*; en las últimas décadas, con los «avances» de las llamadas neurociencias, el psicoanálisis parece relegado a un segundo plano, cuando del entendimiento del sufrimiento psíquico se trata.

El hombre sufrió a lo largo de su historia tres grandes «humillaciones» o, en palabras de Freud, tres «heridas narcisistas»:

- la primera proviene de Copérnico, quien demostró que la tierra gira alrededor del sol, privando de esta manera al hombre del lugar central que creía ocupar en el universo;
- luego Darwin, al demostrar que venimos de un proceso de selección ciego, nos destronó de nuestro lugar de honor entre los seres vivos;
- y por último el propio Freud, al develar el rol predominante del *inconsciente* en los procesos psíquicos, demostró que el *yo* no gobierna en su propia casa, como se creía hasta ese momento, sino que está sometido a *sobredeterminaciones* que desconoce.

Angustia social y producción de síntomas. El reduccionismo contemporáneo de las llamadas «neurociencias» pretende localizar en la presencia o ausencia de neurotransmisores el origen, por ejemplo, de un proceso «depresivo», para «fabricar» el psicofármaco adecuado y «justificar» una prescripción del mismo que valdría para todos los sujetos, para que éstos puedan controlar o «curar» de igual modo sus «psicopatologías». Dada esta situación, resulta evidente que el psicoanálisis no es para los organismos de «control» estatal y la industria farmacéutica un instrumento adecuado para ejercer dicho control. Los programas de «salud mental» y de «prevención de la salud» se instrumentan a través de técnicas de evaluación, con efectos de «infantilización» de los ciudadanos, con la consecuente devastación intelectual y ética que ésta ocasiona en la sociedad. El psicoanálisis investiga y toma como materia prima para su trabajo la palabra del paciente: cómo éste manifiesta y relata a través de ellas sus afectos, el odio y el amor, el deseo y la frustración, su posición ante lo simbólico que regula las relaciones entre los sujetos, el sufrimiento y el placer, los sueños y actos, las fantasías y los vínculos.

Quien hoy desee comprender el revolucionario descubrimiento de Freud, no sólo reconocer su existencia, sino también conocer su valor científico, debe salvar, a costa de grandes esfuerzos críticos y teóricos, el inmenso espacio de prejuicios ideológicos que nos separa del pensador vienés. Se ha intentado reducir dicho descubrimiento al ámbito de disciplinas que le son esencialmente ajenas: biología, psicología, sociología, filosofía... Muchos «psicoanalistas» se hicieron cómplices de este revisionismo, favoreciendo la prodigiosa explotación ideológica de la que fue objeto el psicoanálisis, mediante un proceso similar al que se vio sometido el materialismo histórico. El psicoanálisis fue y es llevado sistemáticamente a una reelaboración en clave reaccionaria por parte de muchos de sus seguidores que han vivido de él y que han intentado, a través de corrientes poco caudalosas en rigor y ética, hacerlo caer en el biologismo y el psicologismo, buscando incluso un

acercamiento a técnicas e industrias nuevas, como las neurociencias, para no perder clientela o para ocupar una cuota mayor de mercado.

Los estudiosos del pensamiento de Marx pueden comprender que Freud haya experimentado el mismo destino que aquél, esto es, las deformaciones a las que fue sometido su pensamiento tanto por sus adversarios como por sus «seguidores». A este respecto nos parecen muy acertadas las palabras de Juan Carlos De Brasi, «no conozco un solo texto hecho contra un gran pensador (de manera explícita o no) que no haya fracasado, víctima de esa bullanguera superación imaginaria. (...) dossiers contra Marx, Hegel, Nietzsche, Freud, Heidegger, Foucault, Derrida, Deleuze (...). Y esto por la sencilla razón que un pensamiento se apellida “grande” cuando excede de sí mismo hacia todo aquello que abre y no le pertenece»³³². Vemos de este modo cómo en los ámbitos académicos circulan «términos», no conceptos, que se repiten y aplican sistemáticamente a modo de ingeniería social, a fin de *medir* lo que por lo general no puede ser medido —piénsese por ejemplo en la aplicación de test psicométricos de personalidad y detección de rasgos de ansiedad, hiperactividad, autoestima...

El siglo XIX, señala Althusser³³³, vio nacer tres niños a los que no se esperaba: Marx, Nietzsche y Freud, el trío de la sospecha como lo llamó Paul Ricoeur. Los tres tuvieron que pagar la cuenta de la supervivencia: exclusiones, condenas, injurias, miserias, hambre, muerte o locura. El que Freud haya conocido la pobreza, la calumnia, la persecución, no lo detuvo, sino por el contrario, lo lanzó a trabajar incansablemente para interpretar los estragos que puede llegar a ocasionar la cultura en los sujetos. Como afirma Althusser, Freud no tuvo ningún padre «teórico» —en ese sentido fue un huérfano—, y aunque tuvo que emplear conceptos y términos importados de otras ciencias, ya sea de la física, de la economía política o de la biología de la época, los vació de su contenido originario y les otorgó un estatuto conceptual propio dentro de la teoría psicoanalítica. La juventud de una ciencia es su edad madura, señala Althusser: antes de esa edad, es vieja, porque tiene la edad de los prejuicios de los que proviene, de igual manera que un niño que al mantener los prejuicios de sus padres tiene la misma edad que ellos. El que una teoría joven, luego madura, pueda caer en la infancia —es decir, en los prejuicios de sus mayores— lo demuestra la historia del psicoanálisis; por ello quizá proclamó Lacan su «retorno» a Freud, aunque en realidad Lacan nunca se fue de Freud, ni se alejó un momento: retorno a Freud para volver a la madurez de su teoría, no a su infancia, sino a su edad madura, que es su verdadera juventud, volver a Freud

³³² JUAN CARLOS DE BRASI, *Ensayo sobre el pensamiento sutil*, op. cit., pp. 11-12.

³³³ LOUIS ALTHUSSER, «Freud y Lacan» en *Escritos sobre psicoanálisis*, op. cit., p.28.

más allá del infantilismo teórico de cierto «psicoanálisis contemporáneo» representado por las llamadas psicoterapias psicoanalíticas, en cuyo ámbito el término «psicoanálisis» pasa a ser un adjetivo, mientras que en otras desviaciones aún más temerarias pretende ser adjetivado, como en el caso del «psicoanálisis relacional», «aplicado», etc., o se ve reducido a una «psicología del yo» o de las «facultades»³³⁴, en una supuesta fusión —que no diálogo— con las neurociencias, cuando no es totalmente absorbido por éstas.

4. LA «CURA» NO ES LA «CURACIÓN»

El psicoanálisis propone una teoría del *psiquismo*, no de la *enfermedad mental*, y a diferencia de la medicina —que pretende recuperar un estado anterior al de la enfermedad— procura que el paciente produzca algo nuevo, algo que no estaba antes de la manifestación del síntoma o de la enfermedad, ya que lo anterior fue lo que llevó al sujeto a enfermar. En psicoanálisis la salud es una *producción*: Freud invitaba al sujeto a tumbarse en el diván y a producir un discurso lo más «libre» posible, sin aconsejar al paciente como lo hace el psicólogo o el psiquiatra, sino esperando el momento de la interpretación, en transferencia, de la posición subjetiva del sujeto frente al mundo, esto es, sus vínculos, su trabajo, sus afectos.

Entre los valiosos y geniales aportes de Lacan a la teoría y práctica clínicas, destaca la invitación a pensar la relación clínica a partir de la idea de *demanda*, es decir, preguntándose qué es lo que pide un enfermo. Responder que el paciente solicita ser curado —nos advierte Lacan— no es suficiente, ya que a menudo el objetivo del paciente es poner a prueba al clínico, desafiarlo a que pueda sacarlo de su condición de enfermo: que el paciente pida atención, por lo tanto, no significa que pida ser curado, ya que algunos pacientes —o familiares de él— sólo desean la confirmación de su «enfermedad».

Como se corrobora en el trabajo clínico diario, hay pacientes que acuden a la consulta del analista con la esperanza de que nada cambie, así como en ocasiones sus propias familias. En efecto, se da el caso de madres y padres que, aunque llevan a sus hijos a la consulta de un profesional clínico, expresan reticencias permanentes al tratamiento, ya sea mediante el retraso en el pago de los honorarios, quejas sobre el valor de éstos, arbitrarios cambios de horarios, cancelaciones, falta de asistencia a las citas, etc., explicitando así su deseo *inconsciente* de que nada cambie, de que el hijo siga con sus malestares, a condición, eso sí,

³³⁴ Varios tipos de pseudo-psicoterapias se han apropiado de conceptos de la teoría psicoanalítica y los han utilizado (extrapolado) vaciándolos del contenido clínico: piénsese por ejemplo en las temerarias extrapolaciones aplicadas al texto de Freud de 1908 «La novela familiar del neurótico» y al escrito de Lacan, *La familia* (Argonauta, Barcelona/Buenos Aires, 1977), de las que derivó aquella terapia «psi», especie de rama de la astronomía o la astrología, que se dio en llamar «constelaciones familiares».

de que todo se quede dentro de un «orden» preestablecido. En el fondo, estos padres manifiestan una obstinada servidumbre con la enfermedad, por disparatado o paradójico que esto parezca: en la medida en que quieren «lo mejor para sus hijos», cumplen con el mandato «cristiano», pero no en el sentido literal de lo religioso, sino en la acepción del «deber moral que la sociedad exige». Por un lado, aparentan desear el bien de su hijo; por otro, sus actos y sus palabras delatan a menudo un deseo opuesto.

Para dar cuenta de este fenómeno, habitual en la práctica clínica, pongamos el ejemplo de un caso grave, como el de un paciente psicótico, anoréxico, u obsesivo, necesitado de un dispositivo de atención complejo, que implica un psiquiatra, que prescribe y regula la medicación, un psicólogo o terapeuta, que lleva el tratamiento psíquico, y, en algunos casos, un equipo de acompañamiento que acuda diariamente al domicilio del paciente. La experiencia clínica muestra que en el momento en que un paciente de este tipo manifiesta signos de mejoría, por ejemplo, comienza a hablar de su situación, de sus años de encierros hospitalarios y a demandar otras cosas para su vida, la familia, que observa este cambio, suele plantear una reducción de las horas de trabajo, menos sesiones, menos horas de acompañamiento en el caso que se haya establecido su inclusión en el tratamiento, etc. aduciendo, por lo general, dificultades económicas. Incluso familias cuyas posibilidades de pago no son precisamente precarias, justo en el momento en que el trabajo con el paciente comienza a recorrer otros senderos, otras posibilidades de emergencia de la palabra, dirigen al clínico una petición de este tipo: «mi hijo se encuentra *mejor*, vamos a replantear, si le parece Dr., el tratamiento, así *gastamos* menos dinero ya que tenemos que hacer frente a *otros gastos*». Los pacientes neuróticos y las familias de pacientes graves suelen considerar al pago de los honorarios de un tratamiento como un gasto, no como un pago por un trabajo, y al tiempo que este trabajo requiere lo consideran como una pérdida de tiempo, no como una ganancia ni producción de salud, psíquica, y por tanto familiar, vincular.

Recordemos que Lacan llegará a decir que el psicoanálisis, más que una teoría y una técnica de los trastornos psíquicos, es una disciplina que confronta al sujeto con lo esencial de su existencia y por ende, su deseo —inconsciente—; el psicoanálisis, en ese sentido, no es una psicoterapia para que el paciente se adapte a la realidad ni al discurso social. En las situaciones antes mencionadas, se observa cómo, detrás de una demanda de atención clínica para resolver una situación problemática familiar, emerge un deseo inconsciente que labora incansablemente para que nada cambie, y si esto no es tenido en cuenta por parte del analista o el equipo terapéutico, el ya de por sí problemático trabajo clínico se tornará infructuoso.

Todo dispositivo de trabajo en un marco analítico parte de un precepto fundamental según el cual la idea de «cura» de un paciente no es su «curación», alertando así a los profesionales que lo atienden a que no caigan en una psicoterapia del consuelo, del consejo y la normalización. De ello deriva por ejemplo que, cuando un analista —o un acompañante— va a realizar una intervención verbal con el paciente, debe plantearse previamente *para qué* va a decir a un paciente lo que piensa decirle; en el caso del acompañamiento terapéutico, que recordemos se realiza en el marco de la vida cotidiana del paciente, es fácil transgredir este precepto que se le impone al acompañante en su práctica. En el caso que vaya a preguntar algo al paciente, el acompañante debería reflexionar un instante antes de preguntar, planteándose cuestiones como las siguientes: ¿de qué me sirve saber cuánto tiempo estuvo el paciente ingresado en un centro hospitalario, o qué tipo de sustancias tomaba cuando cayó en una adicción?, o cuánto hace que no consume sustancias tóxicas?, en todo caso estas cuestiones, que son parte de la historia y avatares del sujeto, saldrán a la luz si el paciente lo considera oportuno. El paciente requiere construir y manejar su tiempo para elaborar un discurso sobre su malestar y existencia, y ese tipo de interrogatorios sólo le recuerdan que está «enfermo» o que los profesionales que lo atienden lo ven como tal. Ya los centros asistenciales se encargan de dichos interrogatorios siempre intimidatorios e incómodos, que en ocasiones pueden llegar a ser necesarios para armar un cuadro médico, pero aplicados en el marco de una intervención analítica desembocan inevitablemente en una conversación que se reduce a la charla cotidiana, impidiendo de este modo la emergencia y construcción de un discurso nuevo por parte del paciente.

La posibilidad de «cura» emergerá en la medida en que la intervención verbal del terapeuta no actúe en el mismo plano que un psicofármaco, en cuyo ámbito el paciente no tiene más que recibir el medicamento, ingerirlo y esperar sus efectos, quedando abolida de este modo la palabra del sujeto-paciente en la palabra del terapeuta. No se trata de transmitir al paciente una información o consejo acerca de lo que le sucede o él debe hacer, del mismo modo que un médico informa a un enfermo somático de un diagnóstico y le prescribe un tratamiento farmacológico o quirúrgico.

La idea de «cura» analítica, siempre en el marco de la transferencia y sólo posible mediante ella, parte de la premisa que sólo vendrá, como tal, por añadidura: «(...) la cura analítica entraña ciertas peculiaridades, por lo que dista mucho de ser una terapia ideal»³³⁵. Ya en lo albores de su empresa, a sus desconfiados pacientes que le interrogaban sobre cómo iba él a curarlos, Freud respondía: «No dudo que para el Destino sería más fácil que para mí

³³⁵ SIGMUND FREUD, «Sobre psicoterapia», *O.C.*, p. 1010.

curarla, pero se convencerá usted que adelantamos mucho si conseguimos transformar su miseria histórica en un infortunio corriente. Contra este último podrá usted defenderse mejor con un sistema nervioso nuevamente sano»³³⁶.

La función del analista es la de dirigir el proceso o trabajo analítico según las variantes propias de cada caso —y no de dirigir la vida del analizante— con el máximo rigor ético, para evitar que el análisis sea una psicoterapia: admitiendo «el sanar como beneficio por añadidura de la cura psicoanalítica, se defiende de todo abuso del deseo de sanar»³³⁷.

A partir de Lacan, el concepto de «cura analítica» está en relación con el pensamiento heideggeriano que considera el «cuidado» o la «cura» —*die Sorge*— como una de las estructuras fundamentales del *Dasein*. Heidegger distingue dos modos fundamentales de «cuidado»: *Besorgen*, el ocuparse de los entes que comparecen en el mundo circundante, en relación a las actividades que se desarrollan en el mundo; y *Fürsorge*, que implica el modo propio de tratar a los otros y estar con otros: estamos proyectados, arrojados en el mundo donde debemos realizarnos en un proyecto propio sabiéndonos encauzados inexorablemente hacia la muerte.

El hombre «se descubre arrojado en la existencia, obligado a realizar una vida cuyo hecho no ha elegido»³³⁸; este estado, que Heidegger denomina estado de caída en el mundo, no es un hecho inmutable, pero sí siempre presente, en el sentido de que exige ser construido a partir del futuro.

Ante ello el sujeto se debate sin saberlo entre una existencia auténtica o propia y una inauténtica o impropia, existiendo sin haberlo previamente decidido. Señala De Waelhens en su lectura de Heidegger, que el ser del ente humano representa una estructura compleja constituida por la estrecha imbricación de tres raíces fundamentales:

- Derelección (*Geworfenheit*), condición del sujeto de *arrojado* en la existencia, sin poder dar cuenta de su propio comienzo, puesto que es una experiencia que le está estructuralmente vedada; comienzo que como tal no es un acontecimiento terminado ni es inmutable, sino que «es un hecho siempre presente y que siempre es necesario recrear»³³⁹.

³³⁶ ÍDEM, «Psicoterapia de la histeria», *O.C.*, p. 168.

³³⁷ JACQUES LACAN, «Variantes de la cura tipo» en *Escritos*, *op. cit.*, p. 312.

³³⁸ ALPHONSE DE WAELEHENS, *Heidegger*, Losange, Buenos Aires, 1955, p. 46.

³³⁹ ÍBÍDEM, p. 47.

- Existencia (*Existenz*), ser hombre es ex-sistir, surgir para sí mismo saliendo de sí mismo. «Un hombre se descubre a sí mismo, se hace, por sus actos, sus pensamientos, sus hechos volitivos, sus proyectos y sus pesares»³⁴⁰.
- «Ser junto a» (*Sein bei*), o «estar-en-medio-de», es decir, siendo el hombre un ente, «no se halla tan sólo entre los entes, al modo como una espiga de trigo se encuentra entre las espigas de un campo, sino también *junto a ellas*»³⁴¹: el hombre forma parte del mundo, está junto a todos los entes que comparecen en él e indefectiblemente se vincula con ellos.

La primera tapa del pensamiento de Heidegger (*Ser y tiempo*) está enteramente dominada por la reflexión en torno a la temporalidad. A este respecto, Heidegger hizo una clara distinción entre la concepción habitual o vulgar del tiempo y la temporalidad en sentido ontológico, donde para el ente humano *pasado, presente y futuro*, es decir, el *sido*, el *siendo* y el *advenir*, son inseparables y no responden al sentido lógico lineal, cronológico e irreversible de los hechos de la naturaleza y de los entes no humanos. Heidegger habla, de este modo, en términos de *tiempo originario*, que no equivale al tiempo objetivo de los fenómenos de la naturaleza, ni tampoco al tiempo de la conciencia subjetiva del *yo*. El *sido* es un pasado que no ha dejado de ser, lo que no deja de no escribirse en un movimiento hacia el porvenir que se presenta marcado por la finitud del Ser para la muerte³⁴². De este modo, señala De Waelhens, «la realidad humana es constantemente “retrospectiva” y toma de posición con respecto al pasado y, a través de todos los pasados particulares, en primer y último término, con respecto al pasado supremo de mi entrada en la existencia y al hecho no elegido de mi realidad»³⁴³. Cada realidad particular es por tanto «creación en la permanencia y permanencia en la creación»³⁴⁴. Para Heidegger la «cura», que es la condición misma constitutiva del *Dasein*, refleja el hecho de estar situado y necesariamente relacionado e implicado en una trama de relaciones, arrojado-en-el-mundo y a su vez abierto a él. Destaca Heidegger que en el hablar unos con los otros está en juego el ser-en-el-mundo del hombre: «En la manera como el ser-ahí habla en su mundo sobre la forma de tratar con su mundo está dada juntamente una interpretación del ser-ahí acerca de sí mismo»³⁴⁵; esto implica un reconocimiento por parte del

³⁴⁰ IBÍDEM, p. 54.

³⁴¹ IBÍDEM, p. 62.

³⁴² JORGE ALEMÁN, *Lacan en la razón postmoderna*, Miguel Gómez Editores, Málaga, 2000, p. 42.

³⁴³ ALPHONSE DE WAELEHENS, *Heidegger*, Losange, Buenos Aires, 1955, p. 48.

³⁴⁴ IBÍDEM.

³⁴⁵ IBÍDEM, p. 37.

otro de la palabra del que habla, siempre que esa palabra sea *verdadera* palabra, y la idea según la cual dicha palabra puede tener valor de verdad sólo en la escucha del otro.

La dimensión temporal del hombre, en cuanto proyecto, es decir, posibilidad en el instante presente, sin dar la espalda a su propia finitud, está relacionada con el movimiento y las ocupaciones: «(...) yo mismo soy aquello de lo que me ocupo, aquello a lo que me ata mi profesión; y en eso está en juego mi existencia»³⁴⁶.

El ente humano es constitutivamente histórico, más allá de la concepción vulgar de la historia como la aprehensión del pasado como algo irrecuperable, cerrado y por tanto perdido, sino como historicidad, es decir, como historia a la que se puede volver y construir apuntando hacia el futuro. Por tanto el pasado no está ausente ni presente en el presente, ya que «(...) la fuente de la historicidad (de la capacidad de constituir una historia) está en el porvenir; la fuente de la historia (de la capacidad de aprender la historicidad ya hecha) está en el pasado»³⁴⁷. La existencia banal de la vida diaria es una existencia de olvido, que conduce a una repetición, en lugar de a una re-creación; la realidad humana del ser-ahí le impone afrontar «su» presente, más allá de los objetos «que se presentan» en el ahora, ya que este presente es a la vez su porvenir y su pasado. De ese modo, queda establecido un vínculo esencial entre la temporalidad y la historicidad:

No hay para nosotros libertad absoluta, mas una cierta libertad podrá y deberá ejercerse en la situación, desde el momento que ésta es verdaderamente percibida. Un hombre que hubiera renegado enteramente de su pasado no tendría ya ninguna libertad y todo le parecería fruto del azar ciego y todopoderoso. Quien olvida su pasado abandona las riendas de su destino³⁴⁸.

Es Lacan, al considerar un tiempo *lógico* propio de la realidad psíquica, tiempo que no corresponde a la secuencia cronológica de los hechos, quien produce la articulación entre el *tiempo originario* heideggeriano y los senderos trazados por Freud en la concepción ética del sujeto del inconsciente y la distinción que éste hace entre realidad material y realidad psíquica como construcción del sujeto. Lacan hace hincapié en esto, cuando afirma que «conquistar ciertos puntos esenciales de las situaciones de la historia del sujeto no es colocar el acento sobre el pasado»³⁴⁹. Esta afirmación de Lacan lleva a interrogarnos por la incidencia que ésta pueda tener en el trabajo clínico, en la cura analítica. Esta concepción de historia del sujeto del inconsciente que Lacan propone erradica del psicoanálisis cualquier desviación

³⁴⁶ MARTIN HEIDEGGER, *El concepto de tiempo*, Trotta, Madrid, 2006, p. 39.

³⁴⁷ ALPHONSE DE WAELENS, *La filosofía de Heidegger*, C.S.I.C., Madrid, 1952, p. 240.

³⁴⁸ IBÍDEM, p. 237.

³⁴⁹ JORGE ALEMÁN; SERGIO LARRIERA, *Lacan : Heidegger. El psicoanálisis en la tarea del pensar*, Miguel Gómez Editores, Málaga, 1998, p. 53.

biologicista así como la concepción de la psicología individual del desarrollo o del trauma. El síntoma neurótico y los accesos psicóticos evidentemente están sobredeterminados por elementos del pasado propios de la historia del sujeto, pero también y fundamentalmente están sostenidos desde el *futuro* y según la forma en que éste esté concebido en el psiquismo. He aquí punto crucial que muestra la dificultad de la experiencia de un análisis. Assoun pone destaca esta problemática a partir de una cita de Freud en una carta dirigida a Fliess: «¿Que te han hecho, pobre niña?». Esta frase alude a un mal encuentro o suceso del pasado que puede producir una posición subjetiva de víctima o culpable. El trabajo analítico no se puede atascar en una frase de este tipo, sino que tiene que dar lugar a la verdadera pregunta, que apunte al futuro: «qué vas a hacer, tú, con lo que te han hecho?»³⁵⁰.

5. APORTES DE JACQUES LACAN AL CONCEPTO DE INCONSCIENTE

En el escrito «Posición del inconsciente», Jacques Lacan afirma que el inconsciente «*es* un concepto forjado sobre el rastro de lo que opera para constituir al sujeto» y que «*no es* una especie que defina en la realidad psíquica el círculo de lo que no tiene el atributo (o la virtud) de la conciencia»³⁵¹. En dicho trabajo Lacan enumera una serie de definiciones de *inconsciente* existentes antes de Freud:

- el inconsciente de la sensación: los llamados efectos de contraste o de ilusión, por ejemplo, ópticos;
- el inconsciente de automatismo que desarrolla el hábito;
- el «coconsciente» de la llamada doble personalidad;
- las emergencias ideicas³⁵² de una actividad latente que se impone como orientada en la creación del pensamiento;
- la telepatía, que algunos infieren de la anterior;
- el fondo adquirido, incluso integrado a la memoria;
- lo pasional que nos sobrepasa en nuestro carácter;
- lo hereditario que se reconoce en nuestra naturaleza;

³⁵⁰ PAUL-LAURENT ASSOUN, *El perjuicio y el Ideal. Hacia una clínica social del trauma*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2001, p. 11.

³⁵¹ JACQUES LACAN, «Posición del inconsciente» en *Escritos*, op. cit., p. 809.

³⁵² Ver capítulo VIII, n.197.

- el inconsciente metafísico, que implica el «acto del espíritu».

Para Lacan «la única función homogénea de la conciencia está en la captura imaginaria del *yo* por su reflejo especular y en la función de desconocimiento que permanece por tanto ligada a él»³⁵³. Lacan destaca el valor semántico del término alemán *das Unbewusste*, lo no sabido, vinculado etimológicamente al verbo “saber”, y plantea que al traducir esta expresión como «el inconsciente», se pierde esta relación epistemológica con el saber. De este modo propone caracterizar al sistema inconsciente como un «saber no sabido» o como un «saber inconsciente»: esto implica una nueva manera de escuchar el relato de un paciente, dando de esta forma un estatuto fundamental a la implicación del analista en la existencia del inconsciente, en el sentido de que el inconsciente deja de ser una instancia oculta que está a la espera de ser reconocida y revelada, para pasar a ser considerada como una instancia a producir.

Desde esta perspectiva, el trabajo analítico no se centraría en el estudio y exploración de un pasado supuestamente conservado en el inconsciente y revivido en la transferencia, sino más bien en la dimensión sincrónica de la estructura del inconsciente que se pone en acto en la relación transferencial. El inconsciente que plantea Lacan es un producto que advendrá, que está por-venir, que se producirá; no es algo que pre-exista y que haya que desvelar o descubrir; por tanto su estatuto no es ontológico sino ético, y para ser producido no basta con el deseo del analista, sino que se requiere que emerja la decisión ética del analizante, decisión que es condición de posibilidad del análisis. Esta decisión implica aceptar que:

- los lapsus o fallidos —que son actos «logrados» del inconsciente— no son meros errores o efectos de la fatiga mental;
- que los sueños son significativos;
- que los olvidos de nombres o cosas no son simples fallos psíquicos;
- que los chistes que cuenta un sujeto le conciernen como tal.

Por esto el psicoanálisis no es una psicología de las «profundidades», ya que lo inconsciente aparece en la superficie del discurso del analizante como un *efecto del lenguaje*. El sujeto del inconsciente se constituye por los efectos del lenguaje, es efecto del significante³⁵⁴. En la concepción lacaniana el inconsciente no es interior, ya que se muestra

³⁵³ JACQUES LACAN, «Posición del inconsciente», *op. cit.*, p. 811.

³⁵⁴ Lacan toma el término *significante* de la obra de Ferdinand Saussure: para éste, el significante es el elemento fonológico del *signo*, no el sonido en sí, sino la imagen mental de ese sonido, la imagen acústica. Para Saussure,

una y otra vez en la palabra del sujeto, en su discurso, es decir, en todas sus formaciones, sean éstas en forma de sueños, síntomas, chistes... De este modo el trabajo analítico no se reduce a hacer consciente lo inconsciente, ya que éste se manifiesta incansablemente. Para ilustrar esta concepción del inconsciente, Lacan propone el símil de un artilugio de pesca, la nasa, que tiene como propiedad la capacidad de abrirse permitiendo la entrada del pez, cerrándose de inmediato. Es un agujero que se torna permeable en un sentido y se obtura en el contrario. Lacan establece una analogía entre esta apertura y cierre de la nasa y el funcionamiento del inconsciente y sus manifestaciones pulsionales, sugiriéndonos que no hay que ir a buscar contenidos en su interior como si de una alforja se tratara, sino que es necesario esperar el momento de apertura de la nasa del inconsciente y la aparición de un significante, ya que ésta es la manera en la que el inconsciente se muestra.

Quando hablo del inconsciente como de lo que aparece en la pulsación temporal puede presentárseles la imagen de la *nasa* que se entreabre, y en cuyo fondo se realizará la pesca del pez. En cambio, según la figura de la *alforja*, el inconsciente es una cosa reservada, cerrada por dentro, a donde tenemos que penetrar desde fuera³⁵⁵.

El inconsciente, por tanto, está en la red misma del discurso del analizante, no hay que buscarlo en las profundidades de la mente, aparece en el discurso, en los dichos del sujeto, siendo de este modo un efecto del lenguaje. Para revelar —es decir, producir— los peculiares modos de existencia del inconsciente, es imprescindible la presencia de otro, el analista. Insistimos, el *inconsciente* no está «dentro» del sujeto, no es intrapsíquico, sino que más bien está des-centrado del *yo* que habla, apareciendo en su discurso, poniéndose en acto en lo relacional, siendo, en su producción, indisociable del vínculo transferencial. No tiene existencia previa a sus efectos, no está latente, no está articulado al pasado, sino al futuro, a lo que advendrá. Fugazmente existe en sus efectos, puntuales, inesperados para el propio sujeto, como se observa en un lapsus. Lacan llega a afirmar enigmáticamente que «el status del inconsciente es ético, y no óntico»³⁵⁶, ético en el sentido de, por un lado, el sujeto es

el significante y el significado son interdependientes. Lacan plantea que el lenguaje no es un sistema de signos, sino de significantes sin significado fijo. Un significante puede ser un fonema, una palabra o una frase; las palabras tienen un sentido *manifiesto* y un sentido *latente*. En el discurso de un sujeto neurótico, a diferencia del de un psicótico, hay un punto de anclaje que impide el deslizamiento continuo del significado debajo del significante, y que posibilita que su discurso sea en cierto modo reconocido por el otro. Por poner un ejemplo manifiesto: un sujeto anoréxico mirándose en un espejo puede decir «estoy gordo»: con el significante «gordo» no podemos afirmar que el sujeto se está refiriendo a su cuerpo biológico que los demás pueden observar.

³⁵⁵ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 1983, pp. 149-150.

³⁵⁶ IBÍDEM, p. 42.

responsable de sus producciones psíquicas y sus efectos en actos, y por otro, en relación al lugar que ocupa al analista en su función, puesto que debe mantenerse atentamente alejado de intervenir desde la moral social. En ese sentido el analista no es exterior ni interior a la experiencia analítica que produce y acompaña. El inconsciente no pertenece al dominio de la fisiología, ni al campo de la psicología, ni al de la parapsicología, lo que también nos lleva a afirmar que no puede contemplarse la existencia de un inconsciente colectivo, como afirmaba Jung.

El nudo Borromeo: un modelo del aparato psíquico. Jacques Lacan, al referirse al *síntoma* como modo de *goce* o sufrimiento del sujeto, introduce en el Seminario de 1972³⁵⁷, en lugar del término *symptôme*, que sería la traducción francesa del término *síntoma*, la forma arcaica del término francés *sinthome*. Con esta variación gramatical, ejercicio habitual en la terminología de Lacan, pretende resaltar que no todo *síntoma* como tal puede ser analizado, es decir, que el *síntoma* puede tener un núcleo que imposibilite su simbolización, por lo que estaría más allá de cualquier posibilidad de interpretación.

La representación topológica que hace Lacan del aparato psíquico y los registros que lo rigen está constituida por tres anillos (RSI): lo real, lo simbólico y lo imaginario, tomando para ello la figura topológica denominada cadena o nudo Borromeo, en la que los tres anillos que lo componen están anudados de tal modo que, si uno de ellos se rompe, los tres se sueltan. En las psicosis, a diferencia de las neurosis, los tres anillos que representan los registros de lo real, lo simbólico y lo imaginario estarían desanudados y sólo tendrían posibilidad de mantenerse juntos —pero no anudados entre ellos— por la presencia de un cuarto anillo que a modo de prótesis los enlace frente al permanente peligro de desunirse; dicho anillo, que Lacan llamará el *sinthome*, dará lugar a un nudo no borromeo, donde los registros RSI están superpuestos pero unidos sólo por el *sinthome*. El *sinthome* suele ser una actividad que permite al sujeto psicótico mantener un cierto anclaje con la realidad, bajo una apariencia de normalidad. Esto resulta particularmente evidente en la reflexión de Lacan sobre el *sinthome*. Analizando la escritura y el trabajo de James Joyce, Lacan llega a afirmar que el escritor llegó a evitar su psicosis al desplegar su arte, es decir, su escritura, que a modo de su *sinthome* le permitió organizar su estar en el mundo³⁵⁸.

³⁵⁷ ÍDEM, *El Seminario, libro 23: El sinthome*, Paidós, Buenos Aires, 2009.

³⁵⁸ JACQUES LACAN, «Joyce y las palabras impuestas» en *El Seminario, libro 23: El sinthome*, Buenos Aires, Paidós, p. 99.

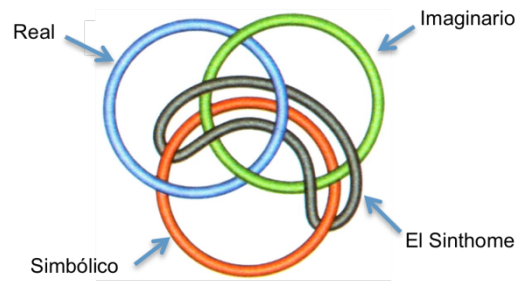


Figura 7. Figura no borromea donde los tres registros superpuestos están enlazados por el sinthome.
(Fuente: *El seminario 23: El sinthome*, p. 92).

De ahí la consigna analítica de no erradicar el síntoma como meta, como objetivo, ya que es el síntoma (*sinthome*) el que de algún modo insondable sostiene al sujeto que lo sufre. Como ejemplo podemos citar la fobia a volar: si el sujeto coloca en el acto de volar su angustia, que no tiene que ver con la posibilidad de que el avión se caiga, si no con otra «caída», a saber, la caída en el propio deseo inconsciente reprimido, si a ese sujeto se lo expone sistemática y persistentemente al acto de volar, esta fobia puesta en dicho acto puede —y lo normal es que así suceda— llegar a remitir; sin embargo, abordar el tratamiento de este modo deja al paciente indefenso, expuesto: su angustia se desplazará y se fijará a otra escena, que pasará a ser fóbica. El síntoma muta de forma, pero no de esencia: insiste y retorna. Bordeando el síntoma, esto es, escuchando el relato del sujeto sufriente y hablante, puede mejorarse algo y en todo caso, siempre y cuando se consiga no caer en el *furor sanandis*, como señalamos anteriormente, la «cura» llegará como un beneficio añadido.

Lo psíquico no es equivalente a lo somático, que sí puede ser tratado de forma directa. Cuando más se apunta al síntoma psíquico para erradicarlo directamente, éste más se rebela, ya que es el único refugio que el sujeto, inconscientemente, pudo construir por sí mismo.

La imposibilidad de cumplimiento del imperativo categórico. Freud toma del imperativo categórico kantiano la fuerza ética que éste engendra asociándolo a su concepto de *superyó*. Este imperativo construye las condiciones de posibilidad de una vida ética en comunidad:

Obra de tal modo que la máxima de tu voluntad siempre pueda valer al mismo tiempo como principio de una legislación universal³⁵⁹.

A este imperativo hay que sumar el que lo completa como postulado de la ley moral kantiana:

Que, en el orden de los fines, el ser humano (y con él todo ente racional) sea un fin en sí mismo, es decir que nunca pueda ser utilizado como un simple medio por nadie (ni aun por el mismo Dios) sin verse tratado al mismo tiempo como el fin que es (...) ³⁶⁰.

Platón, en la *República*, reserva la categoría de hombres fuertes a aquellos que limitan sus deseos más bestiales y salvajes sólo al mundo de los sueños, pero que en la vigilia los coartan acatando las normas y las leyes:

(...) los placeres y deseos innecesarios (...) probablemente se producen en todos nosotros, pero reprimidos por las leyes y por los deseos mejores, junto a la razón, en algunos hombres son extirpados por completo (...) en los sueños el alma se atreve a todo, como si estuviera liberada y desembarazada de toda vergüenza y prudencia, y no titubea en intentar en su imaginación acostarse con su madre (...) o cometer el crimen que sea, o en no abstenerse de ningún alimento; en una palabra, no carece en absoluto de locura ni de desvergüenza ³⁶¹.

El *superyó*, heredero del imperativo kantiano, esto es, ligado a la ley moral, pone límites al sujeto —mediante la llamada castración simbólica— a ejecutar esos deseos penosos o perversos, procedentes del *ello*, que exceden la norma socialmente aceptada. Pero ese *superyó* tiene su lado sádico, es insaciable, tirano, cuanto más se le obedece más exige, llevando al sujeto a atravesar el límite del sufrimiento, empujándolo al sacrificio permanente, a la locura, al suicidio o a la renuncia de deseos legítimos, como acontece en ocasiones, de forma aparentemente paradójica, en las manifestaciones neuróticas en nuestra cultura.

Para finalizar estas consideraciones, nos gustaría citar una sentencia de San Agustín, en la que está magistralmente expresada la relación entre el sufrimiento y el goce que de él obtiene el hombre. La sentencia reza: «Nadie ama lo que soporta, aunque ame el soportarlo. Y aunque se goce de tolerarlo, preferiría que no hubiera que soportar» ³⁶².

³⁵⁹ IMMANUEL KANT, «La ley básica de la razón pura práctica» en *Crítica de la razón práctica*, Madrid, Alianza, 2000, p. 97.

³⁶⁰ IBÍDEM, p. 250.

³⁶¹ PLATÓN, *La República, Diálogos IV*, Madrid, Biblioteca Básica Gredos, 2000, pp. 427-428.

³⁶² SAN AGUSTÍN, *Confesiones*, Tecnos, Madrid, 2010, libro décimo, cap. XXVIII, § 39, p. 433.

SEGUNDA PARTE

EL DISPOSITIVO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

LUGAR POSIBLE DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

1. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO: LOS COMIENZOS

Freud observó que ciertas manifestaciones patológicas requerían, en el inicio del tratamiento, el empleo de una intervención activa diferente a la contemplada en el método analítico clásico, como ocurre en ciertas fobias, que no son posibles de abordar por el simple hecho de que impiden a los pacientes salir de su domicilio y acudir por sí solos a la consulta. Freud puso como ejemplos la agorafobia leve que presenta aquel sujeto que siente temor de ir solo por la calle, pero que no por ello deja de hacerlo, y la agorafobia grave, donde el único modo que tiene el paciente de protegerse contra la angustia fóbica es renunciar a salir. En este último caso, es necesario que el paciente pueda paulatinamente salir acompañado de su lugar de residencia y, una vez vaya disminuyendo gradualmente dicha angustia, pueda acudir a las sesiones analíticas, abriéndose de este modo la posibilidad de realizar un trabajo analítico. Por lo tanto podemos considerar a Sigmund Freud el precursor del dispositivo de *acompañamiento terapéutico*, al considerar la necesidad de *acompañar* al paciente en esos primeros titubeantes pasos:

El descubrimiento de que las distintas formas patológicas que tratamos no pueden ser curadas todas con la misma técnica nos ha impuesto otra especie totalmente distinta de actividad. Sería prematuro tratar ya aquí detalladamente de esta cuestión, pero sí puedo haceros ver, en dos ejemplos, en qué medida surge aquí una nueva modalidad activa de nuestros métodos. Nuestra técnica se ha desarrollado en el tratamiento de la histeria y permanece aún orientada hacia esta afección. Pero las fobias nos obligan ya a salirnos de nuestra conducta habitual. No conseguiremos jamás dominar una fobia si esperamos a que el análisis llegue a mover al enfermo a abandonarla, pues no aportará entonces nunca el análisis el material indispensable para conseguir una explicación convincente de la misma.

Por tanto, habremos de seguir otro camino. Tomemos como ejemplo la agorafobia en sus dos grados, leve y grave. El enfermo de agorafobia leve siente miedo de ir solo por la calle, pero no ha renunciado a hacerlo. El enfermo grave se protege ya contra la angustia, renunciando en absoluto a salir solo. Con estos últimos no alcanzaremos jamás resultado positivo alguno si antes no conseguimos resolverlos, por medio del influjo analítico, a conducirse como los primeros, esto es, a salir solos a la calle, aunque durante tales tentativas hayan de luchar penosamente con la angustia. Así pues, hemos de tender antes a mitigar la fobia, y una vez conseguido esto

mediante nuestra intervención activa, el enfermo se hace ya con aquellas ocurrencias y recuerdos que permiten la solución de la fobia.

La actitud expectante pasiva parece aún menos indicada en los casos graves de actos obsesivos, los cuales tienden, en general, a un proceso curativo «asintótico», a una duración indefinida del tratamiento, surgiendo en ellos, para el análisis, el peligro de extraer a luz infinidad de cosas sin provocar modificación alguna del estado patológico. A mi juicio, la única técnica acertada en estos casos consiste en esperar a que la cura misma se convierta en una obsesión, y dominar entonces violentamente con ella la obsesión patológica. De todos modos, no debéis olvidar que con estos dos ejemplos he querido solamente presentaros una muestra de las nuevas direcciones en que parece comenzar a orientarse nuestra terapia. Para terminar, quisiera examinar con vosotros una situación que pertenece al futuro y que acaso os parezca fantástica³⁶³.

De este modo Freud plantea la dificultad del trabajo analítico y la atención de ciertos casos, de o que se puede deducir la necesidad de implementar otros dispositivos de atención, en este caso el acompañamiento terapéutico, que posibilite a contención y atención de aquellos pacientes que en un momento determinado de sus vidas no puedan asistir por sí solos a una consulta o necesiten la presencia de un profesional para abordar las tareas cotidianas. La sanidad pública no presta la debida atención a los problemas psíquicos, el número de citas que puede brindársele a un paciente en los centros de salud es mínimo y no cumple las mínimas condiciones clínicas, por tanto quien desee y necesite esta atención debe recurrir al ámbito privado. Ya Freud nos advirtió de esta falencia refiriéndose al ámbito psicoanalítico pero que podemos extrapolar a todo el marco sanitario:

Sabéis muy bien que nuestra acción terapéutica es harto restringida. Somos pocos, y cada uno de nosotros no puede tratar más que un número muy limitado de enfermos al año, por grande que sea su capacidad de trabajo. Frente a la magnitud de la miseria neurótica que padece el mundo y que quizá pudiera no padecer, nuestro rendimiento terapéutico es cuantitativamente insignificante³⁶⁴.

2. ¿QUÉ IMPLICA ACOMPAÑAR?

Un sujeto que se encuentra ingresado en una institución psiquiátrica no tiene en ella un lugar propio donde pueda ser contenido en su desamparo, angustia, miedo. Por lo general, ni las visitas familiares, ni las «terapias de grupo» dan ese espacio para que a través de la palabra se produzca un trabajo de esclarecimiento del cómo llegó el paciente al ingreso psiquiátrico,

³⁶³ SIGMUND FREUD, «Los caminos de la terapia psicoanalítica», *O.C.*, p. 2461.

³⁶⁴ *IBÍDEM*.

ni mucho menos del para qué está ingresado. Tampoco los internos reciben un tratamiento psicoterapéutico personal ni mucho menos analítico, en todo caso la atención individual se reduce a las visitas médicas y asistenciales protocolarias establecidas por la institución. Podríamos decir que ideal de la hospitalización psiquiátrica es conseguir la docilidad del enfermo. Sin negar la posibilidad de un ingreso en aquellos casos donde la desestructuración del sujeto o el riesgo que pueda implicar para sus cercanos es particularmente elevado, consideramos que con demasiada frecuencia se ingresan pacientes sin necesidad real, por presentar una sintomatología que llevó a la confusión a los clínicos y a los propios familiares. En otros casos, un episodio de desestabilización o un acceso psicótico puede terminar en un proceso de psiquiatrización y medicalización interminable con altas y reingresos constantes. Ante estos casos tan diferentes, la institución psiquiátrica actúa de forma homogénea, confinando, medicando, deteniendo el tiempo y vigilando para que nada pase, impidiendo de este modo cualquier posibilidad de restitución de la palabra.

Circuitos de atención en salud mental. A partir de la reforma de los servicios de atención en salud mental en nuestro país se han ido implementando diversos centros, en un marco comunitario e interdisciplinario. En el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, el entonces Ministro de Sanidad Ernest Lluch señalaba:

Debe reconvertirse el área estrictamente psiquiátrica en la medida que consume, sobre todo en la parte de los llamados crónicos o asilares, una ingente cantidad de recursos sin que esto se acompañe del correspondiente rendimiento terapéutico. Es preciso ampliar y desarrollar la asistencia psiquiátrica en nuevas estructuras vinculadas con la propia comunidad³⁶⁵.

El paso del paciente desde las clásicas instituciones psiquiátricas hacia recursos comunitarios externos ha sido un gran avance en el rediseño de los servicios de atención psiquiátrica, aunque múltiples factores —burocráticos, económicos, conceptuales— han impedido que las propuestas de la reforma psiquiátrica tuvieran los resultados esperados. En el mismo informe se señalan algunas de las deficiencias tanto en las estructuras asistenciales psiquiátricas como en los modelos teóricos vigentes anteriores antes de la promulgación de la ley de salud mental, deficiencias que hoy día sólo en parte han sido resueltas:

³⁶⁵ Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de Abril de 1985, publicado en ©Revista Papeles del Psicólogo, Nº 26 de Junio de 1986: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=278>

Se ha señalado ya en múltiples ocasiones la ineficacia del sistema actual de protección a la salud mental, indicando los insuficientes recursos materiales y humanos, la discriminación del enfermo psíquico en cuanto a su protección asistencial y sus derechos civiles, la multiplicidad de redes paralelas desvinculadas de la asistencia general, el modelo de servicios en torno al hospital psiquiátrico, la práctica inexistencia de programas de rehabilitación y la precariedad de recursos asistenciales comunitarios.

La O.M.S., a través de sus publicaciones y actividades, viene recomendando la necesidad de estructurar un dispositivo sanitario que integre los aspectos psiquiátricos y de promoción de la salud mental dentro del sistema de salud. Distintos países de nuestro ámbito (Reino Unido, Finlandia, Italia, Noruega, Francia, etc.) llevan bastantes años desarrollando nuevas experiencias y estableciendo medidas alternativas al sistema psiquiátrico tradicional³⁶⁶.

A manera de ejemplo veamos la configuración del circuito de atención sanitario en la Comunidad de Madrid para aquellos pacientes afectados por los llamados trastornos de conducta alimentaria (TCA). En él podemos observar los diferentes dispositivos y servicios disponibles para el tratamiento integral de un paciente que presente este trastorno. El acceso al circuito se produce a través del área de atención primaria, previo al ingreso en el área de salud mental y sus centros:

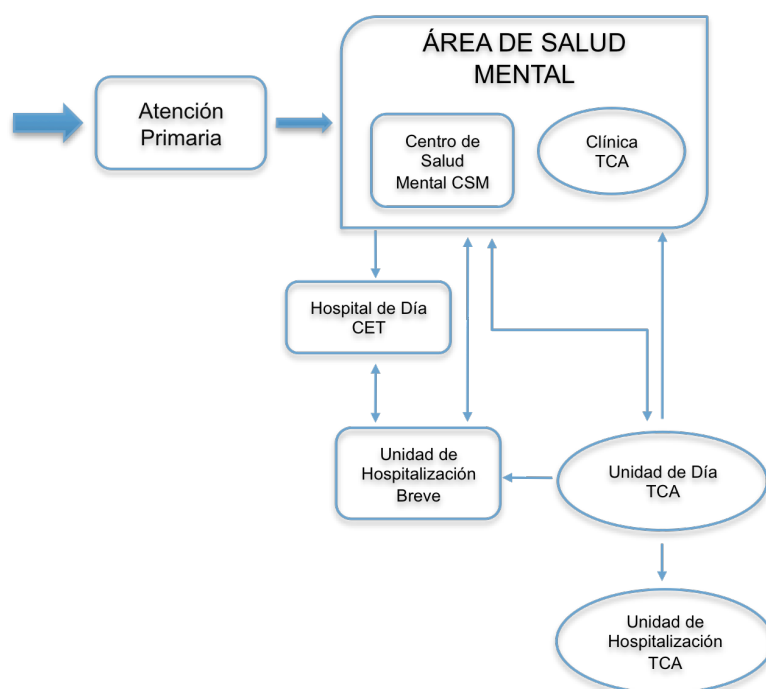


Figura 7. Circuito de Atención en Salud Mental para el TCA (trastornos de conducta alimentaria) en la Comunidad de Madrid
(Fuente: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad).

³⁶⁶ IBÍDEM.

Observando el esquema vemos los recorridos que un paciente tiene que recorrer para recibir atención, partiendo desde su lugar de residencia, y desplazándose por los diferentes centros asistenciales, centros que, por otra parte, no están ubicados geográficamente en un mismo emplazamiento. Habitualmente, en estos desplazamientos es un miembro de la familia quien acompaña al paciente, teniendo ambos que enfrentarse a situaciones administrativas y clínicas ya de por sí incómodas e intimidatorias. A su vez, los tratamientos psicológicos y psiquiátricos contemplados en esta estructura carecen de la frecuencia necesaria así como de una atención individualizada, dada la ya comentada estandarización de los tratamientos. Más aún, cuando el paciente recibe el alta y retorna a su domicilio, la problemática por la que acudió sigue vigente —a veces resulta mitigada, pero más por factores propios del paciente que por el tratamiento recibido—, y el sujeto se sumerge en la soledad de su ámbito; sólo mantiene visitas ambulatorias muy espaciadas en el tiempo al psiquiatra o al psicólogo del Centro de Salud Mental del distrito correspondiente. En ocasiones, y en la práctica clínica lo hemos constatado frecuentemente, es un familiar cercano quien acude a la cita con el médico de referencia y da cuenta del estado del paciente, y el clínico prescribe los fármacos, sin visitar al paciente, o modifica la medicación en función del relato que aquél realiza.

Estos recorridos y espacios que el paciente tiene que transitar constituyen el lugar donde el acompañamiento terapéutico va construyendo su función según las particularidades de cada caso. Por tanto el acompañamiento surge como una necesidad del tratamiento, ya que los terapeutas no pueden dedicar a cada paciente un tiempo mayor que el de la consulta puntual, encontrándose éste sin atención profesional ni contención la mayor parte de su tiempo. A destacar que en el sistema público asistencial el dispositivo de acompañamiento está contemplado en escasas ocasiones, por lo que su implementación en un tratamiento es más habitual en la práctica privada.

El circuito público de atención mental para un paciente que presenta un trastorno alimentario, sintetizado en el esquema anterior, es el siguiente: inicialmente el paciente o familiar solicita cita en Atención Primaria, donde se le realiza la primera evaluación. De aquí puede ser derivado al Centro de Salud Mental de Distrito (CSM), donde se realizan el diagnóstico y la valoración de alternativas terapéuticas, decidiendo entonces el seguimiento del caso, que puede llevarse a cabo en el Centro de Salud Mental adjunto a Atención Primaria o en la Clínica de TCA. En los casos más graves y crónicos, en los que se ha considerado la inconveniencia de un tratamiento ambulatorio y las condiciones físicas del paciente lo permiten, el paciente puede ser derivado desde el CSM o desde la Clínica TCA al Hospital de Día psiquiátrico (CET, Centro educativo terapéutico), si el peso de la

comorbilidad³⁶⁷ con otras patologías mentales así lo requiere. En situaciones de descompensación aguda del estado físico o mental que requieren un ingreso hospitalario a tiempo completo, éste se realiza en la Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Psiquiatría del Hospital de referencia del Área donde el paciente reside, en las Unidades de Endocrinología del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital o en Subunidades de Hospitalización de TCA. Y en aquellos casos en los que por la gravedad de su situación clínica se inicia con un ingreso hospitalario, el tratamiento al alta se realiza en la Clínica TCA o en el Hospital de Día según las indicaciones concretas para cada paciente. Ahora bien, imaginemos todas estas derivaciones y visitas que el paciente tiene que realizar por sus propios medios: no es difícil comprender por qué muchos pacientes terminan renunciando a estos servicios o bien acaban en un ingreso hospitalario de larga estancia, ya que no disponen de un dispositivo de apoyo individualizado que los acompañe en este recorrido.

El informe citado propone planes específicos para los hospitales psiquiátricos, con la intención de incrementar las posibilidades de externación de la población hospitalizada, «mediante el desarrollo de programas interdisciplinarios de rehabilitación y reinserción social que faciliten su vuelta al medio sociofamiliar o su integración en los nuevos recursos sociales y sociosanitarios con que se vaya dotando la sociedad para la protección y soporte de estas personas»³⁶⁸.

Para poder llevar a cabo esta reforma es imprescindible, simultáneamente a la construcción de nuevas unidades especializadas de atención, la actualización formativa de los trabajadores sanitarios, con el fin de reorientarlos hacia otras actividades que las que venían realizando hasta ese momento. Esto requiere pensar nuevos modelos clínicos y un cambio radical en la concepción de la «enfermedad mental», que posibilite que la inercia ideológica de modelos obsoletos de asistencia psiquiátrica vaya diluyéndose paulatinamente. Pero surge otra gran dificultad y quizá la más insalvable, que consiste en la necesaria modificación y adaptación de los planes de formación académicos y complementarios, que debe realizarse para que el proyecto de reforma tenga posibilidad de alcanzar los objetivos deseados. Pueden cambiarse las leyes y los dispositivos de atención, diseñarse otros nuevos o modificar los existentes, pero si quienes realizan el trabajo diario con los pacientes mantienen la misma mirada y el mismo modo de actuar ante los ellos, la necesaria reforma que propone la ley sanitaria es de imposible implementación.

³⁶⁷ Término médico acuñado en 1970 por el epidemiólogo estadounidense ALVAN R. FEINSTEIN, para referirse a la presencia simultánea de dos o más patologías en un mismo paciente y los efectos producidos por estos trastornos o enfermedades adicionales.

³⁶⁸ Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de Abril de 1985, *cit.*

La Reforma Psiquiátrica Española, en su aplicación, todavía no ha alcanzado el estadio correspondiente a lo que nosotros definimos como «Fase Avanzada», existiendo evidentes insuficiencias de servicios intermedios y apoyos comunitarios complementarios, así como de programas de intervención comunitaria, lo cual impide garantizar el tratamiento integral y continuado de los trastornos mentales, así como la autonomía y la participación social de los pacientes³⁶⁹.

La reforma psiquiátrica promulga el establecimiento de programas reglados de rehabilitación activa para el enfermo mental, con equipos específicos para su desarrollo que deben estar integrados funcionalmente con nuevos grupos y modalidades de trabajo dentro de dispositivos especializados de atención psiquiátrica de la red sanitaria. El dispositivo de acompañamiento terapéutico es uno de dichos recursos especializados cuya viabilidad y valor clínico pueden constatarse en aquellos países donde lleva suficiente tiempo instrumentándose, fundamentalmente en Latinoamérica —países que incluso no disponen de los recursos económicos y estructurales con los que cuenta el nuestro— y en menor medida en España.

3. UNA CLÍNICA DEL CASO POR CASO

La implementación de un tratamiento y, en su caso, la inclusión en él de un dispositivo de acompañamiento terapéutico, requiere inevitablemente contemplar una clínica del caso por caso, no reduciendo los tratamientos a la aplicación de protocolos estandarizados. Desde esta perspectiva, adquiere gran importancia interrogarse por el *lugar* que ocupará el equipo de acompañamiento, siendo el profesional responsable del tratamiento —psiquiatra, psicólogo o psicoanalista— quien debe decidir, en coordinación con su equipo, si es necesario incluir un dispositivo de acompañamiento en él.

Entre los innumerables imponderables y factores particulares que emergen en un tratamiento, es imprescindible considerar que en todo sujeto humano, bajo las buenas intenciones que manifieste —un paciente que explicita que desea dejar de consumir drogas, su familiar que dice no desear nada en el mundo más que la curación de aquél, el terapeuta que afirma que el trabajo que ejerce es vocacional, etc.— subyace un deseo *inconsciente* que lo

³⁶⁹JOSÉ GARCÍA GONZÁLEZ, «Análisis de la reforma y de la desinstitutionalización psiquiátrica en España». I Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 13.10.2011]; Conferencia 48-CI-A2: [17 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a2.htm.

habita, del cual en principio nada sabemos. Esto puede deducirse de un acto que un sujeto lleve a cabo que no concuerda con la intención previa expresada, corroborada al recurrir el actor a justificaciones de todo tipo: atribuyendo la ejecución del acto a un accidente, un desliz o un error. Según la gravedad de las consecuencias de dicho acto, titubeará el actor en el momento de justificarse, o reaccionará con mayor o menor agresividad o perplejidad frente a los que le cuestionen, remitiéndose por lo general a la falta de intención o a la involuntariedad, al destino, o simplemente culpabilizando a otro. El descubrimiento freudiano del inconsciente supone que toda acción humana tiene un sentido aparente o manifiesto que no deja de remitirnos a un sentido oculto ignorado por el propio sujeto-actor. Lacan formula esta grieta latente en todo sujeto a través del el interrogante: «Ha usted actuado en conformidad con el deseo que lo habita?»³⁷⁰. La respuesta que puede dar a este interrogante un paciente que, por ejemplo, vuelve a consumir sustancias tóxicas pese a haber «prometido» una y otra vez que no volvería a hacerlo, es indudablemente afirmativa: la proposición aparentemente especulativa de la existencia de una «pulsión de muerte» regida por un deseo inconsciente en principio insondable, que empuja al sujeto «más allá del principio del placer» muestra como las acciones del hombre se inscriben en la dimensión trágica de la vida.

Espacio propio del trabajador sanitario. El profesional implicado en un tratamiento debería construir un lugar fuera del entorno de su práctica clínica para trabajar sus juicios previos, valores morales y avatares. Para ello deben tenerse en cuenta al menos cuatro premisas *éticas* —o utilizando el término introducido por Jeremy Bentham, *deontológicas*—fundamentales: la necesidad de la escritura de los casos que cada profesional atiende; la supervisión clínica de los mismos; la formación permanente, y la premisa que da forma, sentido y sostén a las anteriores: el imprescindible psicoanálisis personal. Si los trabajadores miembros de un equipo responsables de un tratamiento clínico no responden a estas premisas, dicho tratamiento se reduce a una práctica asistencialista.

Refiriéndose a la coparticipación de responsabilidades en relación a un tratamiento, considerando que sea un analista quien lo conduce, Lacan nos advierte que:

(...) en el depósito de fondos de la empresa común, el paciente no es el único con sus dificultades que pone toda la cuota. El analista también debe pagar: pagar con palabras sin duda, si la transmutación que sufren por la operación analítica las eleva a su efecto de interpretación; pero

³⁷⁰ JACQUES LACAN, *El seminario, libro 7: La ética del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires, 2000, p. 373.

también pagar con su persona, en cuanto que, diga lo que diga, la presta como soporte a los fenómenos singulares que el análisis ha descubierto en la transferencia³⁷¹.

A la luz de estas consideraciones, podemos destacar una primera serie de interrogantes en relación al lugar del acompañamiento y a los trabajadores que lo realizan:

- ¿hay «contratransferencia» en el acompañamiento?
- ¿qué pone en juego el acompañante en su trabajo?
- ¿qué pone en juego el paciente?

En relación a lo que aporta y pone en juego el acompañante, con lo que conlleva acompañar a un paciente en su vida cotidiana fuera de los muros hospitalarios, decimos por lo pronto que el acompañante pone su *cuerpo*. Sabemos que en el acompañar a un paciente que presente por ejemplo una problemática psíquica grave, el acompañante es de los miembros de todo el equipo el que a priori está más expuesto. El psiquiatra, el psicoanalista, etc. están contenidos físicamente dentro de una consulta, un despacho, es decir, la institución, cuyas paredes y espacios están por lo general delimitados. En cambio el cuerpo del acompañante está mucho más comprometido, ya que éste está con el paciente en espacios diversos y comunitarios: un parque, un cine, una avenida, un bar... Esto da lugar a la producción de fenómenos intersubjetivos y transferenciales intensos que tienen un registro particular. El acompañante representa una institución, pertenece a un grupo de trabajo, pero la institución como tal no está presente claramente en el momento del acompañamiento, ni para el acompañante ni para el paciente. Si la soledad del analista en su despacho es de un orden muy particular, y necesita ser sostenida simbólicamente por su función, también la soledad del acompañante requiere de un sostén.

Por ello es condición indispensable el soporte simbólico que construye la supervisión clínica de cada caso, que posibilita, independientemente de la patología o diagnóstico específico que presente un paciente, trabajar el campo subjetivo del deseo del acompañante, deseo que con sus infinitas aristas no deja en definitiva de guiar su práctica. En el acompañante, como en cualquier trabajador sociosanitario, se despertarán diferentes afectos y reacciones propias de sus prejuicios, valores, ideología, etc., cuando acompaña a un paciente que viva por ejemplo en condiciones de desorden, abandono, desamparo, o en situaciones donde se juega lo más trágico, lo más extremo de la locura y la exclusión. Por ello el acompañante debe trabajar desde la interrogación permanente por la ética de su función,

³⁷¹ JACQUES LACAN, «La dirección de la cura y los principios de su poder» en *Escritos 2, op. cit.*, p. 567.

interpelando dichos afectos y reacciones, inevitables por otra parte, en su análisis personal, y las acciones e intervenciones que realice en su trabajo deberán ser supervisadas, estructuradas y vectorizadas considerando la singularidad del oficio.

En relación a la cuestión de la *contratransferencia*, hay que puntualizar que se trata de un término que Freud acuñó tempranamente para designar las reacciones afectivas y sentimientos conscientes o inconscientes que el analista puede experimentar en relación al paciente. Dichas manifestaciones del analista son el resultado de elementos no analizados o de la resistencia del analista a su propio análisis, y en cualquier caso terminarán haciendo obstáculo en el transcurrir del trabajo analítico. El uso del término *contratransferencia* generó y genera numerosas controversias entre las diferentes escuelas psicoanalíticas, cuestión que no vamos a abordar en este trabajo. Sólo señalar que Lacan empleó preferentemente la expresión «deseo del analista» en su función, en lugar del término *contratransferencia*, y que nosotros consideramos pertinente extender dicha expresión al acompañamiento terapéutico, en este caso como «deseo del acompañante», esto es, el deseo inconsciente vinculado a su función de cada uno de los diversos trabajadores implicados en un tratamiento.

El análisis del analista es el eje de su formación. Así también un trabajador miembro de un equipo terapéutico, como hemos resaltado, debe tener un espacio propio para analizarse y supervisar su trabajo y dar cuenta ante otro del mismo y de su posición respecto a él, ya que trabajar los propios afectos y pasiones que puedan enturbiar una relación terapéutica compete a todos los integrantes de un equipo terapéutico indefectiblemente.

Respecto al análisis que puede llevar a cabo un sujeto, Lacan destaca un hecho: el que por más analizado que esté un analista, siempre habrá un resto, algo que no podrá ser analizado. Podemos decir que el inconsciente, a la vez que se muestra, escapa como el agua entre los dedos. Y sin embargo, la experiencia propia del análisis advertirá al analista de ello y le posibilitará sostenerse en su oficio.

Los vaivenes afectivos que oscilan entre el amor y el odio son estructurales en todo sujeto humano, ante lo que Lacan llega afirmar respecto al analista que:

(...) cuanto mejor esté analizado, más posible será que esté francamente enamorado, o francamente en estado de aversión, de repulsión, sobre los modos más elementales de las relaciones de los cuerpos entre ellos, en relación a su partenaire. (...) si el analista realiza algo así como la imagen popular, o también la imagen deontológica, de la apatía, es en la medida en

que está poseído por un deseo más fuerte que aquellos deseos de los cuales puede tratarse, a saber, el de ir al grano con su paciente, tomarlo en sus brazos o tirarlo por la ventana³⁷².

4. LA PRETENSIÓN DE DAR ESTATUTO CLÍNICO AL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

En nuestro país existen, como hemos señalado, servicios de asistencia domiciliaria y de acompañamiento social, realizados por colaboradores voluntarios de asociaciones o empresas externalizadas de servicios privados. Estos servicios básicos cumplen una labor social asistencial: compasiva en el primer caso, exclusivamente lucrativa en el segundo. Teniendo esto en cuenta, el dispositivo de acompañamiento terapéutico apunta a la posibilidad de su implementación e integración en la red de tratamiento sanitario, sin ser absorbido por ésta, es decir, sin renunciar a sus premisas de formación de los trabajadores, supervisión y modo de escritura de los casos, para no terminar siendo un mero servicio asistencial como los mencionados y mantener una función estrictamente clínica.

Por ello, en lo que respecta a la estrategia y objetivos de un dispositivo de acompañamiento terapéutico surgen una serie de interrogantes:

- ¿qué obstáculos pueden emerger en la implementación de un acompañamiento?
- ¿cuál es el objetivo del mismo?
- ¿qué puede llevar a que el acompañamiento opere en sentido opuesto a la *cura*, transformándose en una experiencia de *goce* para el paciente?

La clínica muestra que un paciente grave, como puede ser un psicótico o un toxicómano, tiende a presentarse y «ofrecerse» como objeto para ser *gozado* por un *otro-perseguidor*³⁷³, representado por las figuras de los sanitarios que lo atienden, el del *orden social*, la propia *familia*, el *otro primordial*, es decir la *madre*, el *destino*, etc. El acompañamiento terapéutico puede aportar a un tratamiento la posibilidad de construir un nuevo espacio donde emerjan en el sujeto nuevas formas de vinculación con el otro semejante. Un sujeto puede *gozar* de su «dependencia» —a una droga, a un familiar que lo asiste— quejándose de la droga, del familiar que lo agobia al controlarlo, pero dicha queja sólo tiene como efecto la perpetuación de esa dependencia, manteniéndose el paciente en ese lugar de *goce* de otro. Un tratamiento psicoanalítico de esa posición particular y perversa de estar en el mundo puede desmontar el

³⁷² JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 8: La transferencia*, Paidós, Buenos Aires, 1998, p. 214.

³⁷³ Cuando el toxicómano obscenamente se expone para ser gozado por un otro imaginario (semejante), al que dirige aparentemente un discurso, puede verse que «en el plano más profundo todo ello es ilusorio y no constituye sino un seudo-discurso que emana de un seudo-sujeto, destinado a un seudo-otro», véase ALPHONSE DE WAELEHENS, *Las psicosis. Ensayos de interpretación analítica y existencial*, op. cit., p. 156.

discurso de queja, posibilitando que el sujeto se desplace desde el territorio del *goce* en el que naufraga al del *deseo*, del de la culpa al de la responsabilidad por el deseo propio.

Y aquí cabe agregar un punto que consideramos clave y que nos permitirá acercarnos un poco más al valor de la función y al lugar que ocupa el acompañamiento terapéutico. El acompañamiento no es un tratamiento: el dispositivo *acompaña* al paciente, como hemos señalado, pero apunta no al paciente sino al tratamiento que «dirige» el analista o el equipo sanitario, *acompaña* al paciente en el trabajo analítico que esté realizando. Por ello, las actividades que surjan en el acompañamiento son accesorias y no centrales, aunque lleguen a serlo en el sentido que el paciente desea realizarlas o las ha solicitado, y en la medida en que abren nuevos caminos que alejen al paciente de una existencia monótona y de encierro.

Es habitual que las familias de los pacientes consideren el acompañamiento como el tratamiento mismo; en ocasiones los equipos que realizan servicios de acompañamiento también pueden caer en esa confusión. Por otro lado, no se puede acompañar a un paciente que no tenga tratamiento analítico, y si no lo tiene, debido a que primero se instauró un dispositivo de acompañamiento, deberá trabajarse en la dirección de que el tratamiento se construya. Una vez instalado el tratamiento analítico, el acompañamiento irá paulatinamente pasando a un segundo plano hasta diluirse y dejar de ser necesario y será el analista, y no el equipo de acompañantes, quien «decida» hasta cuando es necesario el dispositivo de acompañamiento.

Tomemos como ejemplo una situación que suele ser habitual cuando se implementa un dispositivo de acompañamiento mediante un equipo constituido por varios acompañantes. Nos referimos a aquellos momentos donde el paciente —o un familiar de éste— manifiesta preferencias, lo cual es razonable, por un acompañante determinado, diciéndole que es con quien mejor se encuentra; en casos como éstos, incluso el paciente o su familia pueden llegar a considerar que ya no es necesario asistir ya a las sesiones psicoanalíticas, que el acompañamiento es suficiente. El acompañante, que en general es menos libre en su estrategia que en su táctica, si no tiene la posibilidad de supervisar este tipo de situaciones, puede ser llevado al lugar al que el paciente o la familia de éste le ubique, apartándolo de este modo de su función de acompañante e induciéndolo de alguna manera a ocupar un aparente espacio de preferencia o de amistad o haciendo que acabe considerándose a sí mismo el terapeuta del acompañado. Esto nos advierte que un vector a tener en cuenta en la implementación de un acompañamiento es aquel que posibilita la construcción del espacio donde será ubicado el equipo de acompañamiento.

Paralelamente se irá delineando el espacio que ocupará el paciente, que hasta ese momento se encontraba sesgado, desorganizado por la patología y la mirada culpabilizadora y psiquiatrizante de quienes le rodean. En frecuentes ocasiones, la emergencia de estos espacios se verá obstaculizada por el hecho de trabajar con y en el entorno familiar del paciente. La familia, paradójicamente, aunque asegure desear la cura o mejora del familiar enfermo, puede convertirse en un obstáculo contra el despliegue del trabajo clínico, impidiendo que emerja algo nuevo en la subjetividad del sujeto acompañado, como suele ocurrir en aquellos casos en que la familia considera al acompañante como un asistente a domicilio o un cuidador del paciente o, como hemos señalado, considera que es el terapeuta del paciente, lo que se hace más grave aún —insistimos— cuando el acompañante también lo cree. Éstas, entre muchos otros factores como es el económico —esto es, la retenciones observadas en el pago de los honorarios—, son sólo algunas de las dificultades que pueden emerger en un tratamiento y que nos obligan a pensar la posición particular que implica ser acompañante. Interrogándonos por los diversos pliegues que la implementación de un dispositivo de acompañamiento conlleva, podemos ir alcanzando puntos de articulación entre la práctica diaria y la continua elaboración teórica que la dirige, definiendo mejor nuestra actividad. A la hora de decidir y acordar un acompañamiento con el paciente, su familia, el psiquiatra y con la institución donde el paciente resida o donde sea asistido, es fundamental definir qué objetivos iniciales se esperan del trabajo terapéutico, para localizar expectativas distorsionadas; objetivos que a su vez se irán reescribiendo durante el transcurso del tratamiento en función de la dirección y los senderos que éste vaya tomando. Aquí surge el hecho paradójico mencionado y constatado permanentemente en el trabajo clínico: puede y generalmente sucede que no coincidan los objetivos de las diferentes partes interesadas, a saber, el paciente, su familia, el terapeuta y el equipo de acompañamiento, ya que puede que no todos deseen que la situación mejore o cambie. Sólo la mirada «exterior» y «neutra» de la supervisión clínica podrá poner cierto orden en esta constelación de intenciones y deseos contrapuestos.

Acompañar a un sujeto en situaciones y actividades donde no deja de ser psicótico, toxicómano, etc. —para la mirada de otros, para nuestra mirada—, y en otras donde deja de serlo —para nuestra mirada, para la mirada de los otros, para el propio sujeto— le permitirá o le dará la oportunidad de ser incluido en un discurso que lo saque del núcleo de goce autorreferencial que lo aísla y atormenta y que el paciente mismo inconscientemente alimenta.

Las reuniones de equipo y fundamentalmente las supervisiones tienen, entre otros objetivos, el de marcar estos vectores que lleven al acompañante a no intervenir, repetimos, en principio, desde las posibles fallas en su propia subjetividad. El acompañamiento no implica

desplegar una política de «amistad» o «asistencialismo», sino que requiere ir estableciendo un vínculo-pacto de relación cordial, donde el sujeto acompañado pueda desplegar en cierto modo sus intereses. Es evidente que la «convivencia» cotidiana con un paciente puede generar lazos de «amistad» y «amor», pero —y esto lo intenta garantizar la supervisión clínica del tratamiento— el acompañante no es ni un amigo ni mucho menos un amante del paciente.

Por otra parte, la intervención del acompañante no es una intervención «psicológica», es decir, el acompañante no debe realizar intervenciones «psicologizantes», ni tampoco indagatorias ni mucho menos «interpretaciones». Tengamos en cuenta que los acompañantes pueden ser psicólogos o estudiantes de psicología —con el sesgo que esto puede conllevar—, pero también educadores o trabajadores sociales, estudiantes o licenciados de cualquier otra rama universitaria no necesariamente sanitaria, lo cual no es ningún déficit o limitación, ya que la formación de acompañante es específica y debe estar vinculada a la formación en escuelas e instituciones psicoanalíticas, puesto que por el momento, en nuestro país, no está contemplada la profesión de acompañante terapéutico ni existe una formación universitaria específica, como sí ocurre, por ejemplo, en Latinoamérica. No muy diferente es la situación del psicoanalista, que no necesariamente debe ser licenciado en psicología o medicina. Esta última cuestión fue planteada por Freud en su texto «¿Pueden los legos ejercer el análisis?», al preguntarse si un profesional no médico podía ejercer como psicoanalista. Freud llega a la conclusión de que el disponer de un título médico no autoriza a ejercer como analista y que sólo la formación, el propio análisis y la producción en el campo analítico serían lo que lo posibilite, dado que

(...) el médico ha recibido en la universidad una formación que es casi la contraria de la que le haría falta como preparación para el psicoanálisis. Le han orientado la atención hacia hechos químicos, físicos, anatómicos, susceptibles de comprobación objetiva, de cuya correcta apreciación y adecuada modificación depende el éxito de la acción médica. Dentro de su círculo visual cae el problema de la vida, en la medida en que hasta hoy se nos ha aclarado a partir del juego de las fuerzas que también son registrables en la naturaleza inorgánica. No se despierta el interés por los aspectos anímicos de los fenómenos vitales; el estudio de las operaciones mentales superiores no atañe a la medicina, es el campo de otro departamento universitario. Es verdad que la psiquiatría debería ocuparse de las perturbaciones de las funciones anímicas, pero se sabe de qué modo y con qué propósitos lo hace. Busca las condiciones corporales de las perturbaciones anímicas, y las trata como a cualquier otro ocasionamiento patológico³⁷⁴.

³⁷⁴ SIGMUND FREUD, «Pueden los legos ejercer el psicoanálisis», Amorrortu, Buenos Aires, 1998, p. 216. Utilizamos aquí la traducción de la edición de Amorrortu por considerar más pertinente el uso del término «lego» en lugar de «profano» como propone la edición de Biblioteca Nueva. El uso preferible de «lego» tiene

Esta reflexión es válida para el oficio de acompañante terapéutico, ya que éste puede o no tener formación psicoterapéutica, pero en su función no ejerce el papel de psicólogo: el acompañante no «interpreta» ni «interroga» al acompañado sobre qué sustancias consume o consumió, no le pregunta cuánto tiempo lleva con su problemática, ni en qué instituciones estuvo ingresado, ni cuánto tiempo. Su función es la de acompañar en tareas, actividades y proyectos del paciente que puedan abrir espacios en el tratamiento como alternativa y acoger el relato que el acompañado desea o intenta desplegar.

Por todo ello, el trabajo de acompañamiento obliga al equipo de acompañamiento a reflexionar permanentemente sobre las modalidades que puede adoptar el mismo en los enclaves más complejos donde se desarrolla, como son las instituciones hospitalarias, ambulatorias, los lugares de ocio, el domicilio del paciente, etc., para que su función no resulte desvirtuada.

5. ¿POR QUÉ QUEREMOS ACOMPAÑAR A AQUEL QUE SUFRE?

Consideramos válido plantear el interrogante en estos términos, ya que parte de una premisa: el acompañamiento terapéutico es un dispositivo clínico con unas funciones determinadas dentro de un tratamiento que es *específico* para cada paciente, esto es, representa una función clínica que contempla necesariamente el caso por caso, más allá de las condiciones y encuadre de trabajo comunes a todos los casos. A partir de aquí la pregunta planteada en el título se abre en otras tantas:

- ¿desde dónde se sostiene la coordinación general de un tratamiento?
- ¿cuál es la dimensión del «deseo» que opera en la construcción de un espacio de acompañamiento?
- ¿cuál es el *deseo inconsciente* del acompañante?
- ¿en qué posición se ubica el acompañante *dentro* de un tratamiento?
- ¿con qué acompaña el acompañante: con su cuerpo, con su palabra, con su escucha?

Partiendo de la pregunta por el *deseo inconsciente* del acompañante, consideramos oportuno remitir a la reflexión que Lacan formuló sobre el *deseo del analista*, para el campo de la clínica psicoanalítica, que consideramos válida para el trabajo del acompañante. Según

dos motivos tal como señala De Brasi, el primero literal, ya que Freud emplea el término *Laienanalyse*, análisis lego, y en segundo lugar «(...) porque la voz “profano” queda asociada involuntariamente a una serie de caracteres y actos reprobables, «profanador» (de tumbas), «profanación» de (templos) y demás apelativos»; en JUAN CARLOS DE BRASI, *La explosión del sujeto*, Ediciones EPBCN, Barcelona, 2008, p. 133.

Lacan, el *deseo del analista* presenta dos aristas; por un lado, es el deseo atribuido al analista por el propio analizante y por otro, es *deseo del analista* como deseo propio del analista.

También en el acompañamiento terapéutico, el acompañado atribuye al acompañante —y por ende al equipo de acompañamiento— una función, un saber hacer, y por tanto, un deseo, preguntándose por ejemplo: «¿para qué está aquí conmigo, en este centro donde estoy ingresado, en mi domicilio o en el poblado donde malvivo, qué es lo que viene a hacer?». En otras palabras, el acompañante no es sólo un sujeto al que se le supone un saber hacer, sino también un sujeto que se supone que desea, y cuyo deseo es enigmático para el acompañado: «¿tú me necesitas a mí?», puede preguntarse el acompañante en relación al acompañado; mientras que el acompañado puede afirmar: «¡tú me necesitas a mí!, yo te doy trabajo», frase que hemos escuchado a un paciente decir a su acompañante. En este caso la expresión «deseo del acompañante» se refiere al deseo que el acompañado le atribuye, que se convierte en fuerza impulsora del propio acompañamiento.

El trabajador de la «salud mental» y su angustia. Como vimos en el capítulo cuatro, la angustia se constituye sólo en relación con los senderos del deseo. Ningún sujeto es ajeno a la problemática de la angustia, ya que ésta está ligada a la propia existencia humana. Por tanto tampoco el trabajador del campo de la «salud mental» —sea éste psiquiatra, psicólogo, trabajador social, médico, enfermero, acompañante terapéutico, que a diario tiene que estar frente a pacientes con problemáticas psíquicas, anímicas— está fuera del alcance de la angustia. La cuestión, que consideramos capital en su aspecto ético, es ¿qué hacer con esa angustia latente o expresa que el propio trabajador, como todo ser humano, alberga, para que no se ponga en juego e interfiera en su trabajo diario, en sus intervenciones con los pacientes, de manera que éstas no dejen de ser clínicas y la angustia no emerja como un obstáculo más en su trabajo?

Sabemos que la precipitación diagnóstica del sanitario, en no pocas ocasiones, sólo sirve para contener la propia angustia del mismo, al colocar al otro semejante en un supuesto lugar de certidumbre en función del malestar que el paciente presente, mediante una operación diagnóstica que sólo se basa en lo observable o se sostiene en el veredicto de un test «psicológico». Esta operación cumple al menos dos funciones: por un lado, la mencionada, es decir, la de calmar la angustia del «profesional», y por otro la de «calmar» al propio paciente, puesto que así éste se ubica en una nominación, una etiqueta, que lo justifica en sus actos y de algún modo lo tranquiliza, proporcionándole una causa en la que acomodarse: por ejemplo «no como *porque* soy anoréxica», «tomo heroína *porque* soy heroinómano», «no me

concentro *porque* soy hiperactivo», confundiendo peligrosamente el síntoma manifiesto con una estructura mental, una enfermedad en sí, una psicopatología.

Por el contrario, habrá que dar acogida al paciente e invitarlo, siempre que él quiera, a interrogarse, no por el *por qué* toma heroína, sino por el *para qué* la toma, ya que obrar de otro modo implicaría alejarse de los preceptos hipocráticos de la construcción del diagnóstico y el tratamiento con el paciente. Si el paciente no desea hablar o no permitimos que hable o, como suele ocurrir, se le obliga a que hable ya que su silencio descoloca y desconcierta al trabajador, se está impidiendo que aquél produzca un discurso aunque sea balbuceante sobre su malestar.

Lacan hizo notar expresamente la relación que hay entre la angustia y el deseo de un sujeto, siendo el deseo diferente a la necesidad, ya que el deseo *es* en esencia una producción inconsciente. En ese sentido, el único modo posible de colocar la angustia o las problemáticas psíquicas del propio trabajador en un lugar donde no interfieran en su trabajo, es, como hemos destacado, mediante el propio psicoanálisis personal del trabajador y la supervisión clínica de los tratamientos que realiza. De esta forma se pone al paciente, o mejor dicho, al trabajo que se realiza con él, al resguardo, al menos en parte, de las fisuras y los obstáculos psíquicos propios del trabajador. La experiencia diaria demuestra, sin embargo, que tanto el propio análisis del trabajador como la supervisión de los tratamientos se realizan rara vez: el psicólogo, el psiquiatra, el trabajador o educador social, consideran por propia determinación que la obtención de un título académico los legitima automáticamente para ejercer y saber hacer en la clínica, confiando en la razón (prejuicios) y el entendimiento *propios*.

¿Cuál es el deseo del clínico en su trabajo cotidiano al ejercer una profesión que «eligió libremente» y cuáles son sus necesidades de reconocimiento económico, social y de prestigio? El psicoanalista está obligado éticamente, sin remedio, a analizarse, a supervisar, a formarse continuamente, ya que éstas son las condiciones imprescindibles para ejercer su oficio, lo que también deberían tener en cuenta los demás trabajadores del sector: al menos una vez en sus vidas deberían pasar por la experiencia del análisis personal para dar cuenta de sus malestares psíquicos, sus dudas, sus prejuicios, etc., experiencia que no los dejará indiferentes, ya que el interés del sujeto de ejercer su profesión indudablemente no entraña una relación simple con el objeto, esto es, el trabajo con pacientes, ya que el interés manifiesto no necesariamente coincide con el deseo inconsciente que subyace.

Aquí merece ser destacado que el objeto de trabajo del acompañamiento *no es* el paciente sino el propio trabajo de acompañamiento, a saber, la escritura, coordinación, supervisión y formación, las que constituyen las premisas fundamentales que distinguen el acompañamiento

terapéutico del asistencialismo y el voluntarismo. Si esto se cumple, se dará por añadidura la posibilidad de que el paciente produzca un deseo de ser acompañado en su sendero, de que él decida y vaya construyendo, posibilitando dos cosas fundamentales: una, que no se sienta consciente o inconscientemente el centro de la atención de quienes le acompañan y otra, que éstos no oscilen entre el buen ánimo y el desánimo en función de los vaivenes del paciente y los avatares del tratamiento.

Por tanto uno de los senderos del acompañamiento terapéutico nos conduce a interrogarnos por el lugar donde se ubica y opera el deseo —inconsciente— del acompañante, para que en su quehacer discurra y se produzca sin convertirse en un obstáculo más en el trabajo clínico y por ende, en el tránsito del paciente, ya que el ejercicio de un oficio es un proceso continuo de definición, más allá de intereses particulares, sean éstos económicos, profesionales, formativos o de reconocimiento, lo que es especialmente capital en el trabajo con pacientes con problemáticas anímicas.

Como hemos visto, sin embargo, la expresión «deseo del trabajador» tiene también un sentido más específico, al referirse al deseo que lo anima en el modo de hacer en su práctica. La cuestión no es convertir este deseo inconsciente en un deseo de «hacer el bien», o de «curar»: se trata más bien de tener presente el deseo inconsciente del acompañante, pero de manera tal que el acompañamiento se *sostenga* en él, sin necesidad de imponerlo ni forzarlo. Por ello, el acompañante debe dar cuenta de su trabajo al equipo e institución a la que pertenece a través de informes y relatos de sus intervenciones, situaciones que puede presenciar en el entorno del paciente, frases que el propio acompañado manifieste, no a fin de «vigilar» al paciente, sino en la línea de preservar el marco estrictamente terapéutico del trabajo. El deseo del acompañante está en el centro de la ética de este trabajo clínico, y se encuentra confrontado con las manifestaciones de la «locura» y el «desamparo» o prepotencia del otro semejante. Más allá de las expectativas y los pequeños «logros terapéuticos» y grandes «retrocesos» que en ocasiones se observan;

(...) acompañar es escoltar una ausencia. Se trata de escoltar algo que no está, que está por venir, que quizá no vendrá. Una escolta allegada a lo que tal vez nunca llegue. Escolta no como séquito que sigue algo que está, sino como espera que, incluso, no espera. Séquito que no adhiriere a un poder ya revelado, sino que ofrece acogida a algo que de repente se muestra (...) Tal vez acompañar significa hacer amistad con la inminencia. El psiquiátrico confina, medica, mata el tiempo. Vigila para que no ocurra una desgracia. El ideal institucional es que no pase nada³⁷⁵.

³⁷⁵ MARCELO PERCIA, *op. cit.*, p. 34.

Insistimos, el acompañamiento terapéutico se sostiene epistemológicamente en la teoría psicoanalítica, y esto sólo se consigue mediante la formación continua del equipo de acompañantes, la lectura y la escritura permanente que dé cuenta del trabajo, de los afectos evocados, en un espacio de producción grupal donde el presentar la escritura y el relatar en grupo los casos es una «emboscada» perfecta para que un trabajador del «malestar humano» se confronte con su propio decir y pueda así apropiarse del producto de su trabajo y no del paciente, sabiendo que lo «terapéutico» de un acompañamiento no se produce a través de la vigilancia ni el control del paciente, lo que no quiere decir que no sea necesario marcar límites a los desbordamientos y demandas que pueden y suelen ocurrir.

ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO: UNA DESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO

En el medio del sereno mundo de la enfermedad mental, el hombre moderno no comunica más con el loco: hay por un lado el hombre de la razón que delega hacia la locura al médico, no autorizando así más relación que a través de la universalidad abstracta de la enfermedad; por el otro el hombre de la locura que no comunica con el otro más que por intermedio de una razón totalmente abstracta, que es orden, compulsión física y moral, presión anónima del grupo, exigencia de conformidad. No hay lenguaje común; o mejor dicho no hay más; la constitución de la locura como enfermedad mental a fin del siglo XVIII, supone la constatación de un diálogo roto, da a la separación como ya admitida, y hunde en el olvido todas esas palabras imperfectas, sin sintaxis fija, un poco balbuceantes, en las cuales se efectuaba el intercambio entre la locura y la razón. El lenguaje de la psiquiatría, que es monólogo de la razón sobre la locura, no ha podido establecerse más que sobre tal silencio.

Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*

1. ANTECEDENTES

Las instituciones sanitarias no dedican, ya sea por limitación de recursos humanos y económicos, por la indebida coordinación o gestión de servicios o bien por falta de formación de sus trabajadores, el tiempo necesario para escuchar y acompañar a aquel que se encuentra en una situación de malestar psíquico o físico.

Durante siglos en nuestra cultura las explicaciones de tipo religioso y supersticioso han dominado el modo de entender la enfermedad y las problemáticas del psiquismo. Se han atribuido a causas sobrenaturales, divinas o demoníacas los problemas mentales. En la antigua Grecia la epilepsia era considerada una enfermedad sagrada, hasta que Hipócrates postuló que eso no era así, produciendo una verdadera revolución, al provocar una ruptura con las explicaciones basadas en lo divino y con las prácticas rituales de curación.

Acerca de la enfermedad que llaman sagrada sucede lo siguiente. En nada me parece que sea algo más divino ni más sagrado que las otras, sino que tiene su naturaleza propia, como las demás enfermedades, y de ahí se origina. Pero su fundamento y causa natural lo consideraron los hombres como una cosa divina por su inexperiencia y su asombro, ya que en nada se asemeja a las demás. Pero si por su incapacidad de comprenderla le conservan ese carácter divino, por la banalidad del método de curación con el que la tratan vienen a negarlo. Porque la tratan por medio de purificaciones y conjuros.

Y si va a ser estimada sagrada por lo asombrosa, muchas serán las enfermedades sagradas por ese motivo, que yo indicaré otras que no resultan menos asombrosas ni monstruosas, a las que nadie considera sagradas. Por ejemplo las fiebres cotidianas, tercianas y cuartanas no me parecen ser menos sagradas ni provenir menos de una divinidad que esta enfermedad. Y a éstas no les tienen admiración. Y, por otro lado, veo a personas que enloquecen y deliran sin ningún motivo evidente y que realizan muchos actos sin sentido; y sé de muchos que sollozan y gritan en sueños, de otros que hasta se ahogan, y otros que se levantan de prisa y se escapan fuera de sus casas y desvarían hasta que despiertan, y que luego están sanos y cuerdos como antes, quedando pálidos y débiles, y eso no sólo una vez, sino muchas. Hay otros muchos casos y muy varios, que hablar de cada uno haría prolija la charla³⁷⁶.

Se considera aceptado y documentado que el primer hospital psiquiátrico³⁷⁷ que se puso en marcha fue en la ciudad de Bagdad en el año 792: en sus instalaciones se cuidaba a los enfermos mentales, empleando la música, el ruido del agua, la danza y el teatro como prácticas terapéuticas. Con métodos de tratamiento menos afortunados se inauguró en Valencia en 1410 el que fue el primer psiquiátrico de Europa. Hubo que esperar siglos para que se planteara una reforma profunda de los sistemas de atención en salud mental: es sólo a partir de los años setenta, y precisamente a partir de la ley promulgada en Italia el 13 de mayo de 1978, bajo el impulso de Franco Basaglia³⁷⁸, cuando se impuso el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos, la reforma de los servicios de salud mental relacionados, potenciando servicios comunitarios, y la puesta en marcha de servicios de psicoterapia en los servicios públicos. Dicha ley promulga, además del mencionado cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos, la apertura de pequeñas unidades de hospitalización en los hospitales generales o en los Centros de Salud Mental y la creación de viviendas protegidas para personas incapaces de vivir en familia o solas. En Trieste, por ejemplo, se cerraron los hospitales psiquiátricos reemplazándose por servicios comunitarios que proporcionaban asistencia médica, rehabilitación psicosocial y tratamiento para episodios agudos. Como antecedente de esta ley, en los años sesenta había surgido un movimiento, la *antipsiquiatría* —término empleado por David Cooper³⁷⁹ en 1967—, que se cuestionaba la institucionalización de los

³⁷⁶ HIPÓCRATES, «Sobre la enfermedad sagrada» en *Tratados Hipocráticos*, Gredos, Madrid, 2000, pp. 59-60.

³⁷⁷ El califa Harun al-Rashid decretó en el año 786 que junto a toda mezquita tenía que haber un centro hospitalario (maristán). Benjamín de Tudela en su diario de viajes describe el que está considerado el primer psiquiátrico del mundo; cit. ENRIQUE GONZÁLEZ DURO, (1994), *Historia de la locura en España. Tomo I. Siglos XIII al XVII*, Temas de Hoy, Madrid, 1994, pp. 17-19.

³⁷⁸ Franco Basaglia, psiquiatra italiano (Venecia, 1924-1980) impulsor de la ley 180/70 que sancionaba el cierre progresivo de los psiquiátricos, la construcción de espacios lugares alternativos de tratamiento en la comunidad y la conversión de los antiguos manicomios en espacios de régimen abierto.

³⁷⁹ David Cooper (Ciudad del Cabo, 1931-París, 1986) psiquiatra líder del movimiento antipsiquiátrico junto a R. D. Laing, Thomas Szasz, entre otros. Se rebeló contra los métodos tradicionales de atención psiquiátrica,

pacientes y las prácticas y teorías de la psiquiatría vigente, como son la medicación forzosa, la electroterapia y las cirugías cerebrales —que aún hoy día se utilizan en nuestro país y en el mundo—, a las que se ha agregado recientemente la estimulación magnética transcraneal «TMS» para el tratamiento de la «depresión». Psiquiatras como Ronald D. Laing³⁸⁰ y Thomas Szasz³⁸¹ fueron autores pilares de este movimiento. El proceso de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos propuesto por la antipsiquiatría que contribuyó notablemente a las reformas legales antes mencionadas implica la necesaria puesta en marcha de una compleja red de dispositivos, centros de atención y servicios comunitarios fuera de las instituciones psiquiátricas, que sabemos no ha tenido el desarrollo esperado y necesario en nuestro país. En este contexto, el acompañamiento terapéutico va surgiendo, bajo el auspicio de este conjunto de nuevas propuestas teóricas, clínicas, comunitarias y políticas, como un dispositivo que reconoce, en las enfermedades mentales, nuevos modos de significación.

A partir de los antecedentes mencionados el acompañamiento terapéutico surge como práctica y va delineándose, tanto su denominación como su función clínica, en la Argentina a partir de los años sesenta, siendo Eduardo Kalina quien comienza a desarrollarlo dentro de un marco alternativo a la internación psiquiátrica de los pacientes³⁸². La implementación de un acompañamiento en un tratamiento pretende posibilitar el seguimiento por parte del paciente de una psicoterapia individual sin necesidad de internación, mediando a su vez en aquellos vínculos y modos patológicos de relacionarse por parte de la familia del paciente, que obstaculizan su mejora. La estructura básica de un dispositivo de acompañamiento terapéutico para la atención de un paciente con una problemática severa sería la siguiente:

- acompañantes (at_n);
- un coordinador;
- un supervisor clínico;
- un terapeuta (psicoanalista).

creando en un hospital a las afueras de Londres un centro de atención especial para adolescentes, Villa 21, experiencia que relata en su libro *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Locus hypocampus, Buenos Aires, 1968.

³⁸⁰ Ronald David Laing, (Glasgow, 1927-1989), psiquiatra también vinculado al movimiento *antipsiquiátrico*, aunque no compartía el uso del término.

³⁸¹ Thomas Szasz, psiquiatra nacido en Budapest en 1920; es otro de los grandes referentes del movimiento, que llega a comparar las prácticas psiquiátricas tradicionales con el período de la inquisición. Consideró la psiquiatría más como un sistema de control social que como una rama de la medicina, al servicio de la industria farmacéutica, rechazando radicalmente las bases biológicas de los problemas psíquicos. Véase THOMAS SZASZ, *El mito de la enfermedad mental*, Amorrortu, Buenos Aires, 2008; ÍDEM, *La fabricación de la locura*, Kairós, Madrid, 2006.

³⁸² SUSANA KURAS DE MAHUR; SILVIA RESNISKY, *Acompañantes Terapéuticos y pacientes psicóticos*, Trieb, Buenos Aires, 1985.

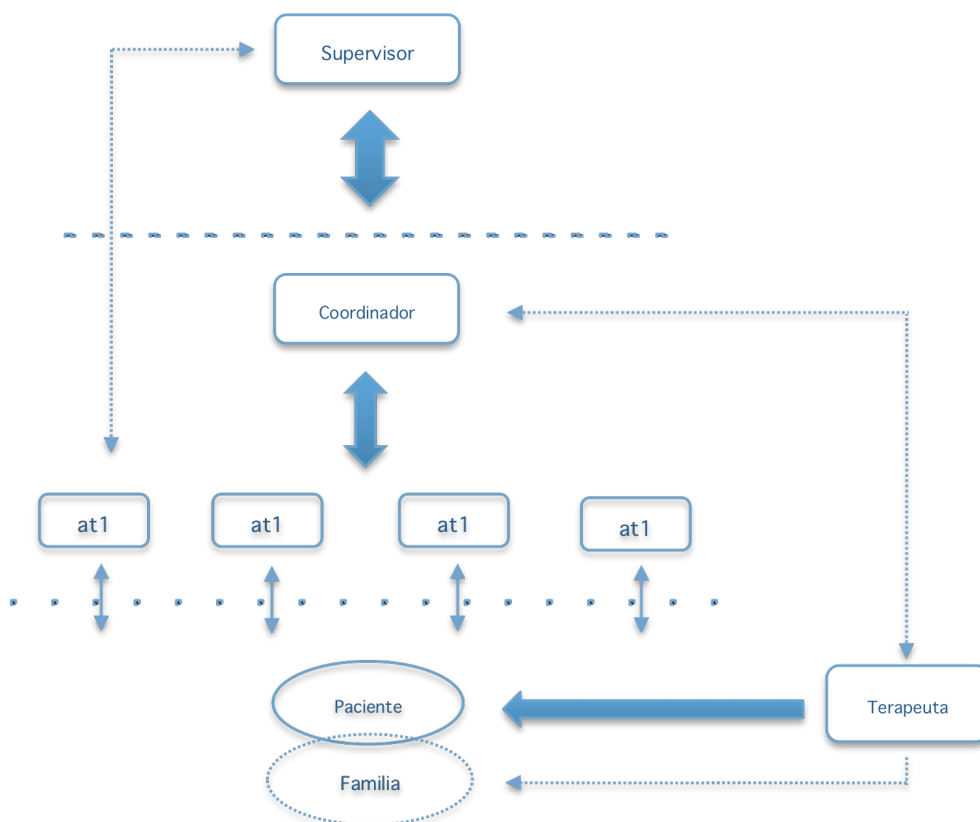


Figura 8. Configuración teórica de un dispositivo de acompañamiento.

El *acompañamiento*, cuando se considera necesario incluirlo en un tratamiento psicoterapéutico, es *terapéutico* sólo en la medida en que se construye con cada paciente, contemplando la particularidad clínica y social del mismo, no habiendo a priori un protocolo de tareas o actividades a realizar prefijadas, ya que éstas dependerán de cada caso particular. El acompañamiento es un dispositivo que está al servicio de una intervención clínica, por tanto no es el tratamiento en sí mismo, ni tampoco implica una técnica de control o vigilancia del paciente, ni es un dispositivo acabado, sino que se incluye dentro de un tratamiento y está sujeto a la estrategia de éste y de quien lo dirige y coordina, por ejemplo, el psicólogo, el psiquiatra, el psicoanalista de un Centro de Atención de Drogodependencias, una Comunidad Terapéutica, una Unidad Hospitalaria Psiquiátrica, o el profesional de una consulta privada, etc.

Encuadre del acompañamiento. En «La iniciación del tratamiento»³⁸³, Freud señala que las reglas para la práctica del tratamiento psicoanalítico están sujetas a la misma limitación que podemos observar en los libros sobre el juego del ajedrez, donde sólo las aperturas y los finales son sometidos a una exposición sistemática, no así la infinidad de las jugadas

³⁸³ SIGMUND FREUD, «La iniciación al tratamiento», *O.C.* p. 1661.

siguientes a la apertura. Al plantearse la iniciación de un tratamiento, una serie de elementos fundamentales deben tenerse en cuenta para que sea posible su implementación: el dinero que deberá pagarse por él, el tiempo de trabajo, los horarios, entre otros. El marco que reúne esos elementos y pautas en el que se va a desplegar un tratamiento, es el llamado «encuadre» o «setting» según el término utilizado por Winnicott³⁸⁴. El encuadre está compuesto por un conjunto de elementos dentro de cuyo marco se produce un trabajo terapéutico.

Para la práctica psicoanalítica, Freud planteó lo que dio en llamar la «regla fundamental», que consiste en lo que se conoce como *asociación libre*, es decir, que el paciente hable de las cuestiones o temáticas que se le ocurran sin forzar ni imposter. Evidentemente el cumplimiento de esta regla, que el analista explicita al paciente en las entrevistas previas a un posible tratamiento, es de difícil cumplimiento, ya que las asociaciones y ocurrencias del paciente están, por propia definición de la teoría psicoanalítica, «libremente» sobredeterminadas por el aparato psíquico. Otras reglas que Freud exige para la práctica analítica son: la *neutralidad del analista* (atención flotante), esto es, que el analista no se interese en mayor medida por un contenido del relato del paciente que por otro, lo que representa la contrapartida de la asociación libre pedida al paciente; la *abstinencia del analista*, que implica que éste no debe ofrecer al analizante satisfacciones sustitutivas a sus síntomas, renunciando a satisfacer demandas del paciente, absteniéndose de ejercer papeles y roles por éste pretendidos; el propio *análisis del psicoanalista*.

En un artículo³⁸⁵, José Bleger, refiriéndose al encuadre en las sesiones clínicas en psicoanálisis, señala que el mismo corresponde más a una estrategia que a una técnica. El encuadre incluye el «contrato analítico», que es el acuerdo entre analista y analizante, cuyos elementos fundamentales de intercambio recíproco son, tal como señala Arnoldo Liberman, el tiempo y los honorarios.

Teniendo en cuenta estas premisas para el trabajo analítico, el «encuadre» que rige un dispositivo de acompañamiento debe contemplar:

- los horarios;
- la duración de cada acompañamiento;
- los honorarios;
- los informes y reportes;
- las reuniones de coordinación con los profesionales implicados en el tratamiento;

³⁸⁴ DONALD WINNICOTT, *Exploraciones psicoanalíticas*, RBA, Barcelona, 2006.

³⁸⁵ JOSÉ BLEGER, «Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico» en *Simbiosis y ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 1997.

- pautas propias para cada paciente, como pueden ser los alimentos permitidos, el manejo del dinero, etc.;
- las tareas o actividades a realizar;
- *la supervisión* clínica de los acompañantes y participantes en el tratamiento;
- el análisis personal de *todos* los miembros del equipo.

Un trabajo permanente del equipo de acompañamiento, cuya dirección y despliegue estarán velados por la supervisión del equipo, es el que requiere el mantener y prestar exquisita atención a los «ataques», «rupturas» y «distorsiones» que el paciente y su familia provocan constantemente al encuadre pactado. José Bleger sostiene que «una relación que se prolonga durante años con el mantenimiento de un conjunto de normas y actitudes no es otra cosa que la definición misma de una *institución*»³⁸⁶. El encuadre, por tanto, es una institución que se mantiene y tiende a ser mantenida como invariable, y mientras existe como tal parece inexistente, y se percibe como tal sólo cuando falta o se rompe.

En cuanto a las actividades o tareas a realizar durante un acompañamiento, éstas están sujetas a variaciones que pretenden posibilitar la emergencia de algo nuevo en la subjetividad de un paciente. Por un lado, el acompañamiento parte de una tarea inicial a realizar con el paciente con unas consignas claras y sencillas, tal como acompañarlo a una cita médica, administrativa, una salida de ocio, cultural, en la realización de alguna actividad creativa, entre otras, o simplemente estar con el paciente en su lugar de residencia compartiendo un tiempo donde pueda hablar, si así lo desea, sobre su situación o cualquier otro particular. Por otro lado, la función de acompañamiento está necesariamente ligada al acontecimiento que eventualmente pueda surgir, como puede ser una frase dicha por el acompañado, una demanda o una propuesta de actividad por parte del mismo, etc. que para tener un efecto que incida y pueda incluirse en el tratamiento, requerirá necesariamente ser escuchada, supervisada y trabajada por el equipo terapéutico.

La gran particularidad del acompañamiento terapéutico y de ahí su potencialidad, es que atiende al paciente en su vida cotidiana, en los procesos de institucionalización o reinserción, así como en tratamientos ambulatorios, de internamiento, en los traslados institucionales donde requiera ser acompañado o en situaciones de «internación» domiciliaria. Por un lado, cada paciente es un caso único con sus propias necesidades, por otro no hay que olvidar que un malestar físico o psíquico, una situación de desamparo, de angustia, implica tanto a la persona que la sufre como a sus allegados. Por tanto, en aquellos casos en los que el

³⁸⁶ IBÍDEM, p. 238.

acompañante realiza su función en el domicilio de un paciente, no sólo acompaña a éste sino que también contiene y «acompaña» a sus allegados y familiares. La figura y función del acompañante intenta llegar a aquellos espacios que los servicios asistenciales habituales no cubren, grietas que se abren entre una cita y otra del tratamiento médico o psicológico, tras un alta hospitalaria, en un traslado de una institución a otra, durante el régimen ambulatorio, durante el internamiento en sí y cuando la familia no dispone de tiempo para cuidar del paciente, cuando por diversas razones éste no puede estar solo. El acompañante posibilita la construcción de un espacio donde la palabra —y el silencio— cobra protagonismo, encontrando el acompañado una escucha de su sufrimiento sin prejuicios.

Recordando que fue Freud el primero que contempló la necesidad de realizar esta función de acompañamiento para aquellos pacientes graves que por sí solos no pueden salir de sus lugares de residencia³⁸⁷, un primer antecedente práctico de esta función de «auxiliar» del terapeuta que cumple el acompañante, lo podemos registrar en el caso relatado por la psicoanalista Marguerite Sechehaye³⁸⁸ en su libro *La realización simbólica*, donde da cuenta de la que podría considerarse una de las primeras experiencias de acompañamiento terapéutico. La psicoanalista describe como, durante el tratamiento de Renée, una adolescente que fue diagnosticada de esquizofrenia, contrató a una «asistente» para que durante algunas horas del día acompañara a Renée en la realización de tareas básicas —higiene, paseos, etc.— . Posteriormente, relata Sechehaye, decidió contratar a una enfermera «sumamente capaz y desde un punto de vista psicológico muy bien dotada»³⁸⁹, para que acompañara a la adolescente en aquellos momentos que no quedaban cubiertos por las consultas terapéuticas, la cual a su vez reportaba a la psicoanalista un material valiosísimo sobre las situaciones y avatares cotidianos de la paciente así como de sus relatos y expresiones.

Es así como el acompañamiento terapéutico comienza como una necesidad del terapeuta, que por lo general no puede dedicarle tantas horas a un paciente —lo cual, por otra parte, excedería de su función— y entonces designa a una persona entrenada y capacitada para la contención y trabajo en lo cotidiano. La sola presencia del acompañante ya es en sí un acto terapéutico, entendiéndose por tal: el «cuidado», la «contención», la «compañía». En dicho acto se va a establecer un vínculo que el enfermo no tuvo hasta ese momento y que le

³⁸⁷ Véase n. 363, p. 180, de este mismo trabajo.

³⁸⁸ Marguerite Sechehaye psicóloga y psicoanalista suiza, miembro de la Asociación Suiza de Psicoanálisis, fue pionera en el tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia, como relata en su libro *La realización simbólica*, Fondo de Cultura Económica, Santafé de Bogotá, 1998. El caso *Renée*, que la propia paciente relata en su *Diario de una esquizofrénica*, está incluido en la misma edición del libro y posteriormente fue llevado al cine en 1968 por el director italiano Nelo Risi.

³⁸⁹ MARGUERITE SECHEHAYE, *La realización simbólica*, Fondo de Cultura Económica, Santafé de Bogotá, 1998, p.53.

posibilitará la construcción de nuevos modos de relación. Acompañar es estar con el otro, compartir (lat. *cum panis*: compartir el mismo pan); sin embargo, no se trata de una relación simétrica, de igualdad, ni de amistad, sino de una relación insertada en el marco de una estrategia «dirigida» a una «cura». Lo «terapéutico» del acompañamiento será posible si, y sólo si, hay tratamiento psicoanalítico del paciente y una supervisión del trabajo realizado por el equipo. El objetivo principal del acompañamiento terapéutico no es, en todo caso, la desaparición directa de los síntomas, sino la posibilidad de que éstos se vayan diluyendo y transformando, lo que acontece sutil y paulatinamente en ocasiones, o de forma sorpresivamente rápida en otras.

2. EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO EN ESPAÑA

En el año 2000 el autor de esta tesis fundó en Madrid la *Asociación äsis*³⁹⁰, la cual a partir de entonces despliega, en España y en la Comunidad de Madrid en particular, un trabajo de investigación e implementación del dispositivo de acompañamiento terapéutico en instituciones públicas y privadas, en el marco de la teoría psicoanalítica y de las aportaciones de los pensadores contemporáneos mencionados en este trabajo que han cuestionado la mirada médica tradicional sobre la locura. El trabajo que la asociación desarrolla en este campo tiene cinco programas y servicios principales:

- Acompañamiento terapéutico en *drogodependencias y patología dual*;
- Acompañamiento terapéutico en *enfermedad mental*;
- Cursos para la formación;
- Supervisión clínica e institucional;
- Grupos de reflexión.

El programa de *Acompañamiento Terapéutico en Drogodependencias y Patología Dual*, que desarrolla la Asociación, ha sido acreditado por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid a través de la Agencia Antidroga, concediéndosele la Autorización Administrativa correspondiente. Por su parte, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid también procedió a la Autorización Administrativa del Servicio de *Acompañamiento Terapéutico en Discapacidad y Enfermedad Mental*, servicios que se

³⁹⁰ *Asociación Española de Acompañamiento Terapéutico*, declarada de Utilidad Pública por el Ayto. de Madrid en el año 2008, por su labor en el sector de Intervención y Acción Social con N° de Reg. Entidades Ciudadanas de Acción Social 01551.

prestan desde el año 2001 en la Comunidad de Madrid, a través de diversos programas y servicios pactados con diferentes instituciones privadas y públicas.

Formación y análisis personal de los acompañantes. La apropiada actividad que realiza un equipo de trabajo, estudio, etc., depende estrechamente de la formación que sostenga al grupo y sus integrantes. Por un lado, la formación nos preserva de la posibilidad de realizar intervenciones faltas de fundamentos clínicos, no sostenidas en una reflexión teórica sobre los fenómenos que se nos presentan, y por otro nos permite llegar a conocer y articular la metodología más adecuada, esto es, elaborar de forma rigurosa herramientas e instrumentos, así como plantear un correcto uso y manejo de los recursos disponibles. En el caso de los trabajadores sanitarios en general y de los acompañantes de nuestro equipo en particular, a la formación continuada teórica y clínica hay que añadir necesariamente, y como condición primordial para el trabajo con pacientes, el propio psicoanálisis personal, como anteriormente hemos resaltado: sin formación, sin análisis, sin supervisión clínica, no hay acompañamiento terapéutico, puesto que la tarea que se nos impone, en el campo de la salud mental y en todo trabajo social, requiere de un extremado pero espontáneo cuidado de la palabra y de la escucha del otro. Los cursos para la formación que implementa e imparte la asociación posibilitan el acercamiento a nociones y conceptos que nos permitirán pensar el trabajo y el servicio para el cual estamos encargados en el campo de la Salud Mental y la Asistencia Social con mayor eficiencia, con el rigor que se debe y con la ética que nos ha de sostener en todo quehacer y propuesta social³⁹¹.

3. VARIANTES DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Los acompañamientos son encuentros individuales, pero se pueden realizar acompañamientos grupales, en base a la dirección de la intervención y las sugerencias del propio equipo de Acompañamiento, si en coordinación con el responsable sanitario de la red se considera oportuno.

En función de la *periodicidad* los Acompañamientos pueden ser:

- Acompañamientos *regulares*: diarios o semanales, en el lugar de residencia del paciente.

³⁹¹ El Curso de Formación «Acompañamiento Terapéutico en Drogodependencias y Salud Mental» que imparte la Asociación ha sido acreditado en diversas ediciones por la Consejería de Sanidad, a través de la Agencia Laín Entralgo, dentro de los programas de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Las temáticas que se trabajan en el curso de capacitación en acompañamiento terapéutico se detallan en el anexo de este trabajo.

- Acompañamientos *puntuales*: acompañamientos que impliquen una actividad concreta, esto es, acceso al tratamiento, citas médicas, urgencias, ocio, actividades culturales, citas en recursos de búsqueda de empleo y/o cursos de formación, entrevistas.

En función de la *modalidad*:

- Acompañamientos *individuales*.
- Acompañamientos *grupales*: en determinadas ocasiones puede ser beneficioso para un grupo de pacientes y su tratamiento, en función de la situación de cada caso — considerando edad, estado clínico, psicosocial, intereses y afinidades—, realizar alguna actividad grupal, como por ejemplo una salida de ocio, en la que participen un acompañante terapéutico y un máximo de tres pacientes.
- Acompañamiento a *familias de pacientes*: acompañamiento de apoyo y contención a familias para reducir la carga por lo que respecta al cuidado del paciente, o para posibilitar algún movimiento en los vínculos familiares, si éstos son rígidos, patológicos y, por ende, nada beneficiosos para el paciente.

Duración de un acompañamiento. La duración de un acompañamiento estará determinada por el tipo de tratamiento y los objetivos terapéuticos establecidos por el responsable sanitario, pudiendo tratarse de un acompañamiento puntual de pocas horas o de un acompañamiento regular con encuentros diarios o semanales por el tiempo que dure el tratamiento.

El lugar de la coordinación y la supervisión. Para la implementación de los programas y servicios, es requisito indispensable disponer de una estructura en cuyo marco realizar la supervisión *clínica* e *institucional*³⁹², el estudio de los casos y el seguimiento de los

³⁹² La supervisión *institucional* se refiere al análisis del marco y funcionamiento institucional; la supervisión *clínica*, más específicamente considera los parámetros particulares del trabajo con cada paciente. La supervisión *institucional* requiere un método de investigación y análisis de la institución (grupo, asociación) que lleva a cabo el trabajo de acompañamiento; dicho análisis implica/atañe a la estructura, gestión, autogestión y cualidades funcionales de la institución, y necesariamente debe realizarse desde fuera de la misma. Toda institución se crea para llevar a cabo un proyecto, tiene objetivos y necesidades, despierta expectativas (de los miembros que la integran, así como de los beneficiarios de dicho proyecto), está regida por una normativa y consta de niveles jerárquicos de gestión y responsabilidades. Una vez puesta en marcha, surgen diversas líneas de fuerza y transformaciones, producto del propio trabajo grupal, que generan inevitablemente conflictos y posiciones discrepantes entre los miembros de la institución, pudiendo mezclarse problemáticas «personales» de los trabajadores así como tramas vinculares transferenciales entre ellos y con los destinatarios del servicio. Estas problemáticas y obstáculos requieren ser analizados, para evitar que los objetivos y fines del proyecto

programas, así como la coordinación de los horarios y pautas de los trabajos. Ambas supervisiones es aconsejable se lleven a cabo desde fuera de la propia institución: por un lado, el supervisor no necesita estar en contacto con los pacientes, ya que su labor fundamental consiste en supervisar el trabajo del equipo de forma individual, grupal o abierta, a través del relato escrito que lo miembros del equipo deben llevar a dicha supervisión; por otro, desempeñará su función más adecuadamente desde una posición *externa*. La supervisión implica un espacio de trabajo, esto es, de discusión, intercambio, transmisión y formación, en el que se elaboran los datos que se extraen del material clínico presentado y relatado por los supervisados, en ese caso, los acompañantes y el coordinador del equipo. Los efectos de un dispositivo de supervisión tendrán necesariamente consecuencias en la dinámica de funcionamiento del trabajo clínico y en las diferentes actividades que se realizan en el mismo.

Aspectos técnicos de la supervisión. El diseño de la modalidad y marco de una supervisión — tiempo de trabajo, espacio donde se desarrollará el dispositivo, número de participantes, funciones, etc.—, se conforma mediante el análisis de una matriz de elementos en juego, entre ellos, las características de la institución, los profesionales que demandan la supervisión, los objetivos y las tareas. A la hora de llevar a cabo una supervisión, por tanto, deberán considerarse una serie de factores, a saber:

- Demanda de la supervisión: *quién* demanda la supervisión.
- Finalidad de la supervisión: *para qué* se demanda la supervisión.
- Elección del momento de comienzo de la supervisión: *cuándo* se solicita.
- Elección del caso a supervisar: ya sea, un caso clínico particular o una cuestión institucional o propia del equipo.
- Presentación del caso, material y elementos de análisis: *cómo* se presentará el caso.
- Método de registro del material: *de qué modo* se registrará el material para la supervisión.
- Encuadre específico de la supervisión: lugar, horario, duración y honorarios.

4. OBJETIVOS GENERALES DE UN DISPOSITIVO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

La finalidad principal del Acompañamiento Terapéutico es impulsar a los pacientes a que produzcan nuevas formas de vincularse, de hablar y de ser escuchados, posibilitando la

institucional se desvirtúen y que los necesarios funcionamientos autogestionados de la institución deriven en una endogamia perversa e improductiva.

adherencia al tratamiento, la contención en un momento de crisis, la reducción del período de ingreso/internación o la evitación del mismo, logrando una mejoría observable en función de la patología, ya que no hay que olvidar que el acompañamiento terapéutico es una intervención que interactúa con los recursos terapéuticos de la red sociocomunitaria. Los objetivos estarán en función de cada caso y de las pautas de intervención que marquen los centros de atención o profesionales sanitarios que solicitan el acompañamiento. Entre ellos podemos destacar:

- Brindar al paciente un espacio de contención evitando el internamiento psiquiátrico.
- Favorecer los procesos de socialización y adherencia al tratamiento prescripto.
- Mejorar la calidad de las relaciones familiares, facilitando el diálogo entre sus miembros y actuando como agentes mediadores de las diferentes dinámicas vinculares patológicas.
- Facilitar la integración social, laboral y familiar del paciente, según sus límites y posibilidades.
- Suministrar recursos a la familia para afrontar contextos que desborden su capacidad de respuesta.
- Atenuar la «carga familiar» en el cuidado y contención del paciente.
- Promover la emergencia de recursos en el paciente para afrontar contextos que desborden su capacidad de respuesta.
- Acompañar al paciente en su proceso de tratamiento: citas de admisión y seguimiento, citas médicas, trámites, entrevistas de búsqueda de empleo.
- Implicar al paciente en las actividades propuestas por el centro de atención o por el propio paciente.

Objetivos específicos

- Estimular al paciente a que tenga una implicación activa y adherencia a su tratamiento.
- Registrar información para la comprensión global del paciente.
- Ofrecer apoyo a los programas sociosanitarios, instituciones, centros de tratamiento, pisos de acogida, comunidades terapéuticas, centros hospitalarios.
- Percibir, reforzar y estimular la capacidad creativa del paciente.
- Estimular al paciente a que proponga, en la medida de sus posibilidades, actividades culturales y de ocio para su tiempo libre.

5. ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

Las actividades propias de un acompañamiento se realizan en función de las tareas pactadas con las instituciones implicadas en el tratamiento y en su caso la familia, personalizadas según las capacidades y posibilidades del paciente. La actividad en sí misma siempre es secundaria: de lo que se trata es de crear un espacio donde la palabra y el silencio emerjan sin juicios previos ni directrices arbitrarias, salvo las que marque el encuadre previamente acordado. Por ejemplo, con un determinado paciente por indicaciones del equipo no se podrá fumar o no podrá dársele dinero ni pagar algún consumo que previamente no se haya acordado, salvo que, previa llamada telefónica, así lo autorice el coordinador. Para que un acompañamiento sea eficiente, es necesario que se cumplan ciertas pautas y reglas que organicen el trabajo. La estrategia del tratamiento definirá el lugar del acompañante en relación al paciente, a la familia de éste y su entorno, a la institución o profesional demandante del acompañamiento y a aquellos que intervengan directa o indirectamente en él tratamiento. La misma es elaborada y consensuada por las partes implicadas —equipo médico, analista, coordinador— abordando de manera no estereotipada las diferentes articulaciones del tratamiento y considerando la singularidad de cada caso. Por su parte el paciente tendrá un lugar capital, en el sentido de que, por compleja que sea la problemática que presente, deberá dar su consentimiento a su tratamiento y en su caso proponer actividades que desee realizar; así mismo, con la familia de éste se pactarán los horarios y, en su caso, los honorarios. En base a esto las tareas y actividades de acompañamiento pueden ser:

- asistencia y apoyo psicológico a usuarios y familiares.
- acompañamientos para la realización de trámites y gestiones.
- acompañamientos domiciliarios.
- acompañamiento a citas médicas y psicoterapéuticas.
- salidas a lugares cotidianos.
- salidas individuales y/o grupales.

Áreas de intervención clínica. Las áreas de intervención que contempla un dispositivo de acompañamiento terapéutico son fundamentalmente tres:

- Área de *salud*: acompañamiento previo necesario para conseguir que el paciente acceda al tratamiento; acompañamiento a citas médicas; seguimiento y control de medicación, si el responsable sanitario lo considera oportuno; urgencias; contención y orientación hacia los recursos necesarios en situación de crisis.

- Área de *autonomía personal*: acercamientos paulatinos al domicilio, en caso de pacientes ingresados; acompañamiento en el propio domicilio; apoyo y acompañamiento para comprender y solucionar problemas cotidianos; apoyo en el cuidado personal; acompañamiento para realizar trámites administrativos; apoyo en la organización doméstica, en la regularización de horarios y la organización del tiempo, en el mantenimiento de los vínculos sociales y familiares.
- Área *laboral*: acompañamiento a centros de búsqueda de empleo y de formación adecuados a las características del paciente; entrevistas para formación y empleo; seguimiento y apoyo en el mantenimiento del empleo.

TERCERA PARTE

SENDEROS CLÍNICOS

ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO Y LAS DIFERENTES «PSICOPATOLOGÍAS»

Si los hombres pudieran conducir todos sus asuntos según un criterio firme, o si la fortuna les fuera siempre favorable, nunca serían víctimas de la superstición.

Baruch Spinoza³⁹³.

INTRODUCCIÓN

Para la teoría psicoanalítica las clasificaciones nosológicas resultan problemáticas, ya que por su propia concepción como teoría del funcionamiento del aparato psíquico, el psicoanálisis se resiste a cualquier taxonomía precipitada y, en su caso, parte de criterios diferentes a los establecidos por las clasificaciones psiquiátricas o psicológicas al uso, tipo CIE-10 o DSM-IV. Definir una «psicopatología» como una entidad clínica por considerar que abarca un cierto número de signos y síntomas manifiestos que la definan, implica en cierto modo representar-se un estado «mental» que pueda padecer un paciente en el momento de la evaluación diagnóstica, por lo que limitarse a aplicar un diagnóstico «psicopatológico» en base a una serie de síntomas observables puede resultar un forzamiento, más aún si dicho estado puntual es extrapolado como un rasgo o característica estable del paciente, descuidando la singularidad de cada sujeto, el modo en que despliega su «psicopatología» y las variaciones que en el tiempo puedan producirse.

Partiendo de la obra de Freud, Lacan propuso un esquema «diagnóstico» basado en tres categorías fundamentales:

En lugar de tender a multiplicar aún más las categorías diagnósticas, de modo que cada nuevo síntoma o conjunto de síntomas clínicamente observable es considerado un «síndrome» separado, el esquema diagnóstico de Lacan es notablemente simple, pues incluye solo tres categorías principales: neurosis, psicosis y perversión³⁹⁴.

La ubicación del paciente en alguna de estas categorías de ninguna manera puede ser previa al análisis: la posición subjetiva que un analizante ocupe en alguna de dichas estructuras psíquicas se irá delineando durante el transcurrir del propio tratamiento. El

³⁹³ BARUCH SPINOZA, *Tratado teológico-político*, Alianza, Madrid, 1986, p. 61.

³⁹⁴ BRUCE FINK, *Introducción clínica al psicoanálisis lacaniano*, Gedisa, Barcelona, 2007, p. 103.

analista será extremadamente prudente, desde las entrevistas preliminares, en no emitir un diagnóstico a priori, y estará atento a no tratar una latente psicosis como si de una neurosis se tratara y viceversa. Por ejemplo, tras un aparatoso acceso delirante o paranoico puede estar en juego una neurosis histérica grave u obsesiva, por tanto tratar al sujeto como si fuera un psicótico, con lo que esto implicará en relación a la medicación que se le prescriba y al modo de intervención, puede producir una deriva clínica con consecuencias graves para el paciente. Esto pone en evidencia dos cuestiones: por un lado, la necesidad ética de supervisar los casos con los que el clínico se enfrenta, teniendo en consideración que la supervisión es un dispositivo clave para la construcción de un «caso». Y por otro, la falacia de la distinción entre *teoría* y *clínica*, dos aristas del mismo objeto, a saber, el trabajo clínico, que no pueden ser consideradas independientemente la una de la otra, como es habitual en la mayoría de textos y programas de enseñanza de psiquiatría y psicología, sino que requieren ser concebidas como indisociables y mutuamente dependientes.

Acerca de esta forzada distinción entre *teoría* y *clínica*, que encontramos incluso en diversas desviaciones de algunas escuelas psicoanalíticas, hay que subrayar también otro aspecto importante: sólo el propio análisis personal de aquel que ejerce su función de *clínico* es condición de acceso a la teoría, ya que sin transferencia de trabajo, y aunque parezca un dogma, sin la experiencia de dicho análisis personal, no hay posibilidad de que el aspirante a analista escape de una posición psicologista.

En las prácticas «psi» —psicológicas y psiquiátricas— es frecuente observar que los profesionales desempeñan su función sin un análisis que los interpele sobre sus propios deseos y problemáticas personales como sujetos y trabajadores de la salud mental, así como sobre el ejercicio de un oficio que se confronta cada día con el sufrimiento humano. Es frecuente también que los tratamientos se desarrollen sin *supervisión clínica* —también llamada *control*— de los casos, ejerciendo los terapeutas su labor avalados por un certificado que los legitima como *especialistas* en infancia, adolescencia, drogodependencias, trastornos de la alimentación..., especialización, postgrado o master —incluso en la modalidad *on-line*—, que en realidad son producto de una industria de títulos académicos que poco tiene que ver con una formación ética y rigurosa.

Al abordar la cuestión de las categorías psicopatológicas, no podemos escapar a la pregunta por lo que en salud mental se considera la «normalidad», noción controvertida y relativamente ilusoria que es necesario intentar relativizar. Freud afirmó que la investigación psicoanalítica no encuentra distinciones fundamentales sino cuantitativas entre la vida

«normal» y la vida «neurótica»³⁹⁵; en la misma línea Lacan planteó la dificultad de establecer una posición de «salud mental» que pueda denominarse «normal».

Los sujetos que pueden considerarse «normales» comparten un mecanismo psíquico primordial, a saber, el de la neurosis, denominado por Freud la *represión*; la ausencia del mismo, es decir, su no inscripción en el psiquismo de un sujeto, llevaría a éste al territorio de las psicosis o de las perversiones. De este modo, en sentido clínico, todos los sujetos «normales» son neuróticos tal como afirma el propio Freud:

(...) el hombre sano posee también en su vida psíquica aquello que hace posible la formación de los sueños y la de los síntomas; y deduciremos que análogamente al neurótico, lleva a cabo represiones, realiza un determinado gasto psíquico para mantenerlas y oculta en su sistema inconsciente deseos reprimidos, provistos aún de energía (...) El hombre sano es, por tanto, un neurótico en potencia, pero el único síntoma que puede producir es el fenómeno onírico. Claro es que esto no pasa de ser una apariencia, pues sometiendo la vida despierta del hombre normal — pretendidamente sana— a un examen más penetrante, descubrimos que se halla colmada de una multitud de síntomas, aunque insignificantes y de escasa importancia práctica³⁹⁶.

El modo que cada sujeto tiene de vincularse con el mundo puede considerarse como «normal» en la medida en que dicho modo se manifieste en la mayoría de la población. Para hablar en términos de «salud mental» y de «normalidad», —postura que implica un ideal falso de totalización, ya que el aparato psíquico, que no es una entidad homogénea y regular, está habitado por deseos contrapuestos, conflictos, ambivalencias, amor y odio simultáneos en constante producción—, se requeriría establecer cuáles son los grados de conflicto de un sujeto que le permitirían estar dentro del marco que se consideraría como de «normalidad» o de «salud». Por ejemplo, es habitual que una pareja que no ha podido establecer un vínculo basado en un mínimo «diálogo» para resolver un conflicto que es exclusivo de ella y que desemboca en la «separación», extienda e incremente dicho conflicto después de haberse consumado ésta, al recurrir, como es habitual, a la mediación de una institución para que arbitre y establezca un régimen de visitas a los hijos en común y que implique finalmente que esos hijos menores tengan que declarar forzosamente ante un juez con quién prefieren vivir. Ante una situación de este tipo, ¿podemos decir que la «salud mental» de esos padres es «normal»? Al delegar en sus hijos menores la toma de una decisión sobre un problema que sólo han generado ellos, estos adultos instalan un *delirio* («yo soy mejor que tu madre o que

³⁹⁵ SIGMUND FREUD, «El método psicoanalítico», *O. C.*, p. 2107.

³⁹⁶ ÍDEM, «Lección XXVIII. La terapia analítica» en «Lecciones introductorias al psicoanálisis», *op. cit.*, p. 2408.

tu padre») *perverso* (transgresión de una ley no escrita de responsabilidad de *todos* los actos y decisiones propias). ¿Quién es un «enfermo mental»? ¿Quién es «normal»? Y sin pretender justificar estos casos donde los adultos se comportan de esa manera, dada la compleja —y aparentemente vertebrada sociedad—, recordemos que acerca de la cuestión sobre la «enfermedad mental» y la «normalidad», Lacan señaló en una ocasión de forma paradójica, que lo que le sorprendía no era el hecho de que un sujeto determinado delirara, sino el de que no hubiera, en nuestra «civilización», muchos más delirantes.

Otro elemento fundamental a tener en cuenta en la aproximación a la psicopatología es el hecho de que el síntoma no sólo conlleva sufrimiento para el sujeto que lo padece, sino que también constituye una fuente inconsciente de *goce*. Mediante un fino trabajo de elucidación Freud llega a este postulado, contundente y sorprendente para quien no esté familiarizado con el pensamiento psicoanalítico, afirmando que el síntoma refleja una «satisfacción sustitutiva» para el paciente que hace del mismo un modo de estar en el mundo a pesar del malestar que le ocasiona. Según el planteamiento a primera vista sorprendente de Freud, producto de un fino trabajo de elucidación, el síntoma comporta una «satisfacción sustitutiva», esto es, un *goce* paradójico, de tal modo que el sujeto que lo padece, *inconscientemente* se sostiene en el síntoma, a pesar del sufrimiento que éste pueda generarle. Esto puede observarse en ciertos momentos del trabajo analítico, en los que, por ejemplo, un paciente comienza a poner infinidad de obstáculos al tratamiento, resistiéndose a acercarse a un modo de estar y vincularse con el mundo más cuidadoso —*cura*³⁹⁷—, tanto consigo como con los que le rodean.

Es como si el sufrimiento que un síntoma produzca a un paciente tuviera un revestimiento *libidinoso*, en el que el sujeto pareciera recrearse; este sufrimiento llega a traducirse en ocasiones en una queja persistente que termina siendo insoportable para los que le rodean, ya que el que se queja siempre de lo mismo, sin realizar ninguna operación diferente para que eso cambie, está fijado a aquello de lo que se queja, pasando el mundo «real» a un segundo plano. Por ejemplo, en los accesos histéricos, obsesivos o fóbicos, observamos que el interés por el mundo y los semejantes se diluye, aunque, como se observa en el caso de los fenómenos histéricos, las demandas al otro semejante y cercano resulten interminables, insistentes y caprichosas, y sean demandas de imposible satisfacción, puesto que la demanda histérica *desea* permanecer insatisfecha.

³⁹⁷ Véase, en este mismo trabajo, cap. V, «La *cura* no es la curación», p. 165.

Las entrevistas preliminares con un paciente permiten que se vayan vislumbrando las particularidades del caso y la posibilidad de abordarlo, así como la necesidad de incorporar o no un dispositivo de apoyo como puede ser el de acompañamiento, y poder ir delineando la localización subjetiva del paciente sin necesidad de formular un diagnóstico psicopatológico.

El que no se etiquete a un paciente no implica que el psicoanálisis no tenga un modelo clínico sobre los modos de estar en el mundo de un sujeto que guíe la práctica clínica. De hecho fue Freud quien puso un poco de orden en la práctica psiquiátrica hasta su época. Para la teoría psicoanalítica, como hemos señalado, hay tres «estructuras» psíquicas generales, cada una de ellas con diversas formas de *goce* y sufrimiento particular y cada una con mecanismos diferentes de *negación* de lo intolerable de la *realidad* y de las *leyes* sociales, morales y éticas que la rigen:

neurosis	de histeria (de conversión) obsesiva Histeria de angustia o fóbica	<i>Represión</i> - al. <i>Verdrängung</i>
psicosis	Esquizofrenia Paranoia maníaco-depresiva	<i>forclusión / rechazo</i> - al. <i>Verwerfung</i>
perversiones	Fetichismo Masoquismo Sadismo Parafilias Otras	<i>Renegación</i> - al. <i>Verleugnung</i>

Figura 9. Estructuras clínicas.

En las páginas siguientes abordaremos una a una las tres estructuras que concibe la teoría psicoanalítica a partir de sus elementos conceptuales fundamentales, a saber:

- El modelo de aparato psíquico constituido por tres instancias —el *ello*, el *yo* y el *superyó*—, y las tres modalidades de funcionamiento y contenidos —*consciente*, *preconsciente* e *inconsciente*;
- La teoría de las *pulsiones de vida* y *de muerte*;
- La teoría de la *libido*;
- Los diferentes mecanismos «defensivos»: *represión*, *forclusión* o *rechazo* y *renegación*;
- Los *principios de realidad* y de *placer*;
- La *repetición*;

- La *transfèrència*;
- Los registros u órdenes *real, simbólico e imaginario*.

A. LAS NEUROSIS

El psicoanálisis considera el grupo de las neurosis conformado por tres formas principales: la *histeria—de conversión—*, la *neurosis obsesiva* y la *neurosis fóbica*—donde la angustia se ha fijado sobre un objeto sustitutivo— también llamada *neurosis* o *histeria de angustia*.

Podemos decir que la estructura de una neurosis *es* esencialmente una pregunta, pregunta que el sujeto por sí solo no puede formularse; de este modo, las diversas formas de la neurosis se distinguirían por el contenido de esa pregunta, para expresarlo de un modo crudo que sirva de punto de partida: en la histeria la pregunta gira alrededor de la identidad sexual —¿soy un hombre o una mujer?—; en la obsesión, la pregunta gira en torno a la *muerte* y la propia *existencia*. En cierto modo el histérico está más cerca de un sentimiento inconsciente de «inmortalidad»: la interminable satisfacción de un deseo legítimo y su permanente procrastinación dan una idea de que el histérico *crea* en su inmortalidad al instalarse en un aplazamiento «eterno». Por su parte, el obsesivo siente estar más cerca de la muerte, de la finitud, rodeándose de rituales y supersticiones para alejarse de ella, ya que tiene a la muerte, la finitud, permanentemente presentes. La neurosis obsesiva tiene en común con la histeria la postergación de proyectos y actos vitales para la existencia, pero en su caso a través de rituales de compleja ejecución. Ambas neurosis, en sus modos más graves, llegan a tener apariencia de psicosis, pueden parecer locuras delirantes para quien las observa. Ejemplo de ello pueden ser un episodio histérico con manifestaciones anoréxicas, donde podemos decir que el sujeto «ama» su cuerpo despreciando sus órganos hasta ponerse al límite de la muerte, o los actos obsesivos de ejecución de ritos, absurdos para quien los observe, pero que para el obsesivo tendrán un significado inconsciente que él mismo desconoce.

Cuando un paciente llega a una consulta, podríamos decir que en el caso de las neurosis el sanitario desprevénido adopta y acepta el diagnóstico que el propio sujeto ha hecho de sí mismo, con frases del estilo: «estoy triste y desganado, *soy* depresivo», «tomo cocaína compulsivamente, *soy* cocainómano», «no como o vomito, *soy* anoréxico», aceptando el sujeto de buena gana ese diagnóstico que el sanitario le devuelve y por tanto le confirma. Se produce de este modo una identificación —neurótica— con la etiqueta «psicopatológica». En las psicosis, por lo general, se produce lo contrario: es el sanitario el que impone el diagnóstico, por ejemplo «paranoico», «esquizofrénico», «trastorno límite de la

personalidad», «borderline», mientras que el sujeto, llegado a este momento, se resigna y renuncia a luchar, ya sea contra el internamiento psiquiátrico o domiciliario, contra la medicación o contra su familia, rindiéndose pero sin compartir el diagnóstico o la etiqueta que se le adjudica. Por tanto, podríamos decir que:

- en las neurosis, el diagnóstico lo «dicta» el paciente;
- en las psicosis, el diagnóstico lo «impone» el sanitario.

En ambos casos se contradice el precepto hipocrático, que prescribe el diálogo con el enfermo para construir el tratamiento y el diagnóstico.

Freud³⁹⁸ plantea que uno de los caracteres diferenciales entre la neurosis y la psicosis es el hecho de que en la primera el *yo* reprime una parte de la vida pulsional del sujeto, obedeciendo a las exigencias sociales y normas de la realidad, siendo el *ello* el reservorio primario de dicha energía psíquica; mientras que en la psicosis el *yo* —dependiente del *ello* en diferente modo al que lo hace en la neurosis— se retrae de una parte de la realidad intolerable. Así, pues, en la neurosis dominaría el influjo de la realidad³⁹⁹ y en la psicosis el del *ello*. Dicho así, la pérdida de realidad parecería un fenómeno característico de la psicosis y ajeno, en cambio, a la neurosis. Sin embargo, sabemos que toda neurosis perturba la relación del sujeto con la realidad, haciendo que éste se retraiga de ella, refugiándose en la sintomatología particular que comporte, huyendo de esta manera de las dificultades y exigencias de la vida real. Las neurosis pasarían, por decirlo de modo esquemático, por dos etapas: en la primera, el *yo* lleva a cabo la represión de una tendencia pulsional, obedeciendo a los dictados de la realidad, y en la segunda se produciría un proceso de compensación a la parte perjudicada del *ello*; el relajamiento de la relación con la realidad es la consecuencia de este segundo paso en la producción de la neurosis y la pérdida de realidad recae precisamente sobre aquella parte de realidad a cuya demanda fue dirigida la represión. Ahora bien, la *represión*, no obtiene un total éxito; de así ser, no emergería ninguna sintomatología. Por lo cual afirma Freud que la génesis característica de la neurosis es consecuencia de una represión fracasada donde algo de lo reprimido retorna.

³⁹⁸ SIGMUND FREUD, «La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis», *O.C.*, p. 2745.

³⁹⁹ Al referirse Freud a la constitución del aparato y sus contenidos, en lo que respecta a los deseos inconscientes y a las fantasías asociadas a ellos, utiliza el concepto de *realidad psíquica*. Esta realidad adquiere para el sujeto valor de verdad independientemente de lo que ocurra en la realidad material del mundo. Freud plantea que las fantasías de un sujeto «(...) poseen una realidad psíquica opuesta a la realidad material [...]»; en el mundo de las neurosis, el principal papel corresponde a la realidad psíquica». De este modo, los síntomas que construye un sujeto se basan en la realidad psíquica del mismo construida a través de procesos inconscientes. Un delirio, una fobia, un sentimiento de culpabilidad sin motivo aparente, responden a dicha realidad propia de cada sujeto y como tal deben ser considerados en un trabajo de «cura» analítico, para evitar intervenciones «terapéuticas» explicativas que pretenden convencer a un paciente de que las cosas no son como las plantea.

Freud grafica cómo el psiquismo pretende resolver un conflicto amoroso tomando el caso de una mujer enamorada de su cuñado y luego sobrecogida por la muerte de su hermana y por la idea de que el hombre amado pasa a estar disponible: en la «salida» neurótica, la mujer reprimiría sus deseos amorosos por su cuñado; en la psicótica, negaría el hecho real de la muerte de la hermana⁴⁰⁰. Lo reprimido —el deseo o amor por el cuñado— retorna estructurado como una metáfora, bajo el disfraz de las diferentes formaciones del inconsciente, a saber, los síntomas —físicos conversivos o psíquicos—, los sueños, los chistes, los fallidos del habla, las parapraxias, etc. Los contenidos inconscientes parecen de este modo indestructibles, ya que tienden a retornar por diversos caminos y lo logran parcialmente por medio de formaciones de compromiso entre representaciones reprimidas e instancias represoras. La represión, mecanismo fundante e imprescindible para el funcionamiento del sujeto y por ende, de la sociedad humana, en ocasiones, como en el ejemplo que plantea Freud, cuando lo deseado choca con lo socialmente aceptado—el deseo por el marido de la propia hermana—, intenta mantener alejado de lo consciente aquello susceptible de provocar displacer, en este caso, culpa moral, renunciando y sacrificando un deseo que no necesariamente resulta ilegítimo.

Freud señala que en la psicosis se observa algo análogo, esto es, una tendencia a compensar la pérdida de realidad, pero no a costa de una limitación del *yo* y sus deseos, como en la neurosis, sino por otro camino como es el de la creación de una nueva realidad, libre de los motivos de disgusto que la anterior ofrecía. En el caso ejemplar propuesto por Freud, dicha «salida» consiste en la negación de la muerte de la hermana, consiguiendo de este modo el *ello*, a un alto precio, no dejarse dominar por la realidad. Tanto la salida neurótica como la psicótica son expresiones de la rebeldía del *ello* contra el mundo exterior o, si se quiere, de su incapacidad para adaptarse a la realidad. La diferencia estriba en que en la neurosis se evita un trozo de la realidad que en la psicosis es elaborado y transformado; en la psicosis a la fuga inicial sigue una fase activa de transformación, y en la neurosis, a la obediencia inicial, una ulterior tentativa de fuga: la neurosis no niega la realidad, sino que se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis, por su parte, la niega e intenta sustituirla.

Freud llama normal o «sana» una conducta que reúna determinados caracteres de ambas reacciones; esto es, que no niegue la realidad, al igual que se produce en la neurosis, pero que trabaje para transformarla, como en la psicosis. Esta conducta «normal y adecuada» conduce naturalmente a una labor manifiesta sobre el mundo exterior y no se contenta, como en la psicosis, con la producción de modificaciones internas. En la psicosis, la elaboración

⁴⁰⁰ IBÍDEM, p. 2746.

modificadora de la realidad recae sobre las representaciones psíquicas de la realidad exterior, procurándose el sujeto aquellas percepciones que corresponden a la nueva realidad, consiguiéndolo, por ejemplo, mediante una alucinación: «mi hermana no ha muerto». En las neurosis, por lo general, surge una reacción de angustia cada vez que la pulsión reprimida trata de llegar a la conciencia. En la psicosis, el trozo de realidad rechazado trata de imponerse de continuo al psiquismo. Tanto la neurosis como la psicosis fracasan parcialmente en su empeño de resolver el conflicto, ya que ni la pulsión reprimida —el amor o deseo por el cuñado— puede procurarse una sustitución completa en las neurosis, ni la representación de la realidad alucinada de la psicosis obtiene resultados satisfactorios. En ambas afecciones, se desarrolla no sólo una pérdida de realidad, sino también un intento de sustitución de la misma.

En la neurosis el acento está puesto en el fracaso de la represión, esto es, en el *retorno de lo reprimido* en forma de síntoma: el *yo* se confronta con la pulsión emergente del *ello* por un lado y con la realidad exterior, moral y socialmente aceptada por el otro, con un enorme esfuerzo y coste psíquico, puesto que hay una tentativa de sustituir la realidad indeseada por otra más conforme a los deseos inconscientes del sujeto, pretendiendo de este modo atenuar las exigencias de la vida. Toda neurosis es un modo de defensa ante un *goce* intolerable, donde el histérico es el modo más «espectacular»—aunque ya es más difícil ver desmayarse a alguien frente a la Ópera de Viena o en un centro comercial—, y los modos obsesivo y fóbico los más «silenciosos» o discretos.

La teoría freudiana de las neurosis, que constituye «el psicoanálisis mismo»⁴⁰¹, es planteada claramente por Freud de la siguiente manera:

(...) las neurosis son la expresión de conflictos entre el *yo* y aquellas tendencias sexuales que el *yo* encuentra incompatibles con su integridad o con sus exigencias éticas. El *yo* ha *reprimido* tales tendencias; esto es, les ha retirado su interés y les ha cerrado el acceso a la conciencia y a la descarga motora conducente a la satisfacción. Cuando en la labor analítica intentamos hacer conscientes estos impulsos inconscientes, se nos hacen sentir las fuerzas *represoras* en calidad de *resistencia*. Pero la función de la represión falla con singular facilidad en cuanto a los instintos⁴⁰² sexuales. Cuya libido represada se crea, partiendo de lo inconsciente, otros exutorios, *retrocediendo* a fases evolutivas y objetos anteriores y aprovechando las fijaciones infantiles, o sea, los puntos débiles de la evolución de la libido, para lograr acceso a la conciencia y conseguir

⁴⁰¹ SIGMUND FREUD, «Lección XXIV, El estado neurótico corriente», *Lecciones introductorias al psicoanálisis*, O.C., p. 2359.

⁴⁰² López Ballesteros tradujo la palabra alemana «Trieb» como «instinto» en lugar de «pulsión» que sería más correcto. Traducciones posteriores ya consideran esto y no confunden los dos términos. El *instinto* implica lo congénito, heredado genéticamente, propio de los animales no racionales, y tiene como destino objetos precisos e inamovibles para su satisfacción. Por el contrario, las *pulsiones* en el ser humano carecen de objetos fijos y predeterminados, como se observa por ejemplo en el «goce» fetichista.

derivación. Lo que así nace es un *síntoma*, y, por tanto, en el fondo, una satisfacción sustitutiva sexual; pero tampoco el síntoma puede sustraerse por completo a la influencia de las fuerzas represoras del *yo* y, en consecuencia, tiene que someterse —lo mismo que el sueño— a modificaciones y desplazamientos que hacen irreconocible su carácter de satisfacción sexual. El síntoma recibe así el carácter de un *producto transaccional* entre los instintos sexuales reprimidos y los instintos del *yo* represores de un cumplimiento de deseos simultáneo para ambas partes, pero también para ambas igualmente incompleto. Tal sucede estrictamente con los síntomas de la histeria, mientras que en los de la neurosis obsesiva la parte de la instancia represora logra más intensa expresión por medio de la formación de productos de reacción (garantías contra la satisfacción sexual)⁴⁰³.

El mérito freudiano, cuyo pensamiento ha sido y es cuestionado tanto en el ámbito clínico como en el académico, es haber construido los cimientos de un nuevo discurso acerca del sujeto humano, subvirtiendo el *cogito* cartesiano al afirmar que el *sujeto* no es lo que se piensa de él comúnmente ni tampoco es lo que él piensa de sí. Freud aportó al pensamiento científico y filosófico sobre el hombre una nueva *mitología* —como el propio Freud llamó a su teoría de las pulsiones— así como toda una elaboración epistemológica sobre la constitución y el funcionamiento del aparato psíquico nunca antes postulada de ese modo. Desde la publicación de *La interpretación de los sueños* (1900), nada será como se pensó hasta ese momento: la *metapsicología* freudiana dejó sin sentido la idea de una conciencia inmediata que percibe y actúa en el mundo, obligándonos «(...) a aceptar que se tambalea la posición misma del *pienso, existo*»⁴⁰⁴.

La represión. Es el proceso psíquico a partir del cual se constituye el aparato psíquico, siendo el mecanismo fundamental que opera en la neurosis. La represión instaaura ese territorio del psiquismo que quedará separado por siempre del resto en el neurótico: el *inconsciente*. Un territorio que mantendrá ocultos para el sujeto —y para los demás—, sentimientos y deseos «comprometedores» para éste:

¿Qué es la represión para el neurótico? Es una lengua, otra lengua que fabrica con sus síntomas, es decir, si es un histérico o un obsesivo, con la dialéctica imaginaria de él y del otro. El síntoma neurótico cumple el papel de la lengua que permite expresar la represión. Esto hace palpar que la

⁴⁰³ SIGMUND FREUD, «La teoría de la represión», *Psicoanálisis y teoría de la libido*, O.C., p. 2668.

⁴⁰⁴ PAUL RICOUER, *Freud, una interpretación de la cultura*, Siglo XXI Editores, México, 2002.

represión y el retorno de lo reprimido son una única y sola cosa, el revés y el derecho de un solo y único proceso⁴⁰⁵.

Mientras que en el neurótico ese territorio de sentimientos y deseos se mantiene oculto, en el psicótico todo está expuesto, como señaló Lacan, a «cielo abierto», es decir, en la psicosis no hay represión como tal⁴⁰⁶.

El trabajo psíquico que lleva a cabo la represión expulsa de la consciencia pensamientos o recuerdos intolerables para ésta quedando los mismos alojados en el inconsciente. Dicho material reprimido puede retornar de forma distorsionada en sueños, síntomas, fallidos, etc. La represión opera sobre ideas, pensamientos, deseos, pulsiones, pero no sobre el afecto vinculado a ellos; éste se desprende de dichos contenidos y se desplaza, por ejemplo, al cuerpo, *convertido* en un síntoma somático, o se fija a otra idea, acto o pensamiento que pasan a ser *obsesivos*. Lo reprimido tiende a retornar, y lo consigue en actos o ideas disfrazadas, siendo dicho retorno la única prueba de la existencia de lo reprimido. Lo reprimido irrumpe sin que el sujeto pueda evitarlo, como se observa por ejemplo en los tics o movimientos involuntarios de una parte del rostro o del cuerpo, o en un tartamudeo o en una fobia. Dichas manifestaciones son el modo en que un sujeto, es decir su aparato psíquico, ha conseguido para sostener la vida cotidiana, a pesar de las inhibiciones, perturbaciones y malestares que pueda ocasionarle. Previo a la represión en sentido estricto, Freud planteó un proceso hipotético que llamó *represión originaria*, proceso mítico mediante el cual el aparato psíquico queda dividido para siempre, constituyéndose un primitivo núcleo de elementos inconscientes que contribuyen posteriormente a la represión propiamente dicha; dicho núcleo atraerá representaciones posteriores inaceptables para la conciencia moral del sujeto, reprimiéndolas para intentar evitar la ira y punición *superyoica*.

El proceso de la represión, que es en sí mismo inconsciente, es constitutivo del aparato psíquico y permite poner límites al que sería un desbordamiento pulsional, desbordamiento que impediría al sujeto vincularse con el mundo, constituyendo de este modo una operación defensiva del *yo*; sin embargo, el mecanismo no sólo reprime aquello que pueda ser perjudicial para el sujeto, sino que también puede llegar a reprimir pensamientos y deseos legítimos.

⁴⁰⁵ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 3: Las psicosis*, Paidós, Buenos Aires, 1983, p. 91.

⁴⁰⁶ IBÍDEM.

A1. NEUROSIS HISTÉRICA

El termino *histeria* proviene de la antigua medicina griega, que la concebía como una enfermedad de la mujer: *hysteron*, útero. El término obtuvo un lugar central en la psiquiatría del siglo XIX fundamentalmente en la obra de Charcot⁴⁰⁷, maestro de Freud. La clásica sintomatología histérica incluye síntomas físicos tales como dolores y anestias sin causa orgánica observable —véase la fibromialgia⁴⁰⁸ actual—, síntomas que se articulan en un cuerpo imaginario. La espectacularidad de ciertas formas histéricas ha llevado a pacientes a ser diagnosticados —por efecto de la precipitación y, en algunos casos, desconocimiento de los sanitarios— como dementes o delirantes o psicóticos, terminando ingresados en centros psiquiátricos largas temporadas.

El origen del psicoanálisis está estrechamente ligado al relato de la histeria. Desde los primeros casos atendidos por Freud —partiendo del famoso caso «Anna O.»—, la histeria puso a éste en la pista del descubrimiento de un proceso capital en la teoría y por tanto del tratamiento psicoanalítico: la *transferencia*. Freud llega a afirmar que el descubrimiento de la transferencia confirmó definitivamente «nuestra convicción de que los síntomas constituyen satisfacciones libidinales sustitutivas»⁴⁰⁹. Al punto que, por paradójico que parezca, en el despliegue de un tratamiento analítico emerge una neurosis «artificial» que Freud llamó

⁴⁰⁷ Jean-Martin Charcot (1825-1893) fue un neurólogo francés, que describió la esclerosis lateral amiotrófica e impartió la primera cátedra de neurología de Europa en el Hospital de la Pitié-Salpêtrière, a la que Freud asistió, antes de realizar sus primeras prácticas y estudios sobre la histeria.

⁴⁰⁸ A partir de los años ochenta comenzó a escucharse hablar de una nueva enfermedad que padecerían principalmente mujeres en período de entrada en la menopausia, al que se le dio el nombre de *fibromialgia*. Esta nueva enfermedad es considerada por la medicina como un síndrome crónico caracterizado por dolor generalizado en diferentes zonas del cuerpo, en articulaciones y músculos, con una duración de al menos 3 meses. Según estadísticas oficiales del Ministerio de Sanidad y Consumo, la *fibromialgia* afecta al 4,2 % de las mujeres, generalmente en la edad media de la vida y el 0,2 % de hombres. La comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los diputados, en su sesión del 19.09.2000 resolvió aprobar una proposición no de Ley relativa a la asistencia médica y social de estas personas.

La *fibromialgia* fue establecida como una nueva enfermedad en EE.UU. por el ACR (American College of Rheumatology) en 1990 y posteriormente ha sido reconocida en 1992 por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) y tipificada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Para su tratamiento se han empleado diferentes medicamentos con fines diversos y respuestas variadas. Los medicamentos utilizados van desde antiinflamatorios, analgésicos, inductores del sueño, antidepresivos, relajantes musculares, anticonvulsivos o antiepilépticos; también se realizan estudios y ensayos clínicos mediante terapia hormonal. Los médicos no encuentran solución a los síntomas y acaban derivando al paciente al psiquiatría. En los diversos estudios clínicos no se encuentran causas físicas o neurológicas que justifiquen el dolor o malestar que el paciente siente en su cuerpo. Tanto la exploración física como las distintas pruebas que se realizan resultan normales. No hay inflamación, no hay alteración articular y la movilidad puede ser normal, salvo las posibles limitaciones que produce el dolor. Los pacientes diagnosticados se encuentran muy limitados en sus actividades diarias, por el dolor, que persiste en general, pese al tratamiento médico. Alteraciones del sueño, cefaleas, hormigueo en manos, colon irritable, también son frecuentes. Al hablar de fibromialgia, quizá se esté cambiando el nombre a lo que siempre se conoció como *histeria*. Para la medicina, el tratamiento de la fibromialgia es sintomático, esto es, farmacológico: se recetan analgésicos y psicofármacos que alivian el dolor, lo que no es poco, pero no resuelven la problemática. Es más, al etiquetarla como enfermedad se le da existencia.

⁴⁰⁹ SIGMUND FREUD, «Lección XXVII. La transferencia» en «Lecciones introductorias al psicoanálisis», O.C., p. 2400.

neurosis de transferencia. Freud utiliza un término del vocabulario técnico, científico, económico, etc., para dar cuenta del desplazamiento de afectos, sentimientos y deseos inconscientes de un objeto a otro, que se produce en todo vínculo o lazo humano; desplazamiento que reviste diversas formas: erótica, agresiva, sumisa, seductora, etc. pero que sólo en la técnica psicoanalítica toma otra dimensión, al ser considerado «motor» del trabajo analítico:

(...) en el curso del tratamiento analítico se establece una relación afectiva especial del paciente con el médico, la cual traspasa toda medida racional, varía desde el más cariñoso abandono a la hostilidad más tenaz y toma todas sus peculiaridades de actitudes eróticas anteriores, tornadas inconscientes, del paciente. Esta transferencia, que tanto en su forma positiva como en su forma negativa entra al servicio de la resistencia, se convierte, en manos del médico [analista], en el medio auxiliar más poderoso del tratamiento y desempeña en el dinamismo del proceso de curación un papel de extrema importancia⁴¹⁰.

Es decir, en el marco de la transferencia con el analista se reproducen conflictos, exigencias, expectativas, resistencias, frustraciones y todo un espectro de sentimientos y afectos de la vida vincular del paciente que el analista, formado por su propio análisis y la supervisión de su trabajo, deberá considerar que inicialmente emergen como la mayor resistencia contra la puesta en escena de la cura. Pasado y presente, realidad y fantasía del analizante confluyen en un espacio de trabajo donde el analista —que también aporta su pasado y presente, expectativas, realidad y fantasía, por ello debe estar en análisis y en supervisión permanente, así como los trabajadores del equipo de acompañamiento si lo hubiera, para no «contaminar» el trabajo—, despliega su oficio sin que el analizante pase a ser un objeto narcisista para él —en muchas ocasiones, coloquios, conversaciones... se escucha decir a los profesionales cosas del estilo «mi paciente», «tengo un paciente», «mi paciente cree que..», etc.—.

Cuando el paciente nos presta la mínima cooperación, consistente en respetar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos siempre dar a todos los síntomas de la enfermedad una nueva significación basada en la transferencia y sustituir su neurosis vulgar por una neurosis de transferencia, de la cual puede ser curado por la labor terapéutica. La transferencia crea así una zona intermedia entre la enfermedad y la vida, y a través de esta zona va teniendo efecto la transición desde la primera a la segunda. El nuevo estado ha acogido todos los caracteres de la

⁴¹⁰ ÍDEM, «Psicoanálisis y teoría de la libido», O.C., p. 2669.

enfermedad, pero constituye una enfermedad artificial, asequible por todos lados a nuestra intervención. Al mismo tiempo, es también un trozo de vida real, pero provisorio y hecho posible por circunstancias especialmente favorables. De las reacciones de la repetición que surgen en la transferencia parten luego los caminos ya conocidos para la evocación de los recuerdos, los cuales surgen sin esfuerzo aparente una vez vencidas las resistencias⁴¹¹.

Los modos y manifestaciones histéricas han ido cambiando con las épocas, desde los desmayos y convulsiones que se observaban a finales del siglo XIX, a los modos actuales de la histeria, por lo general menos espectaculares, pero en los que en realidad subyacen las mismas problemáticas psíquicas que los *sobredeterminan*. Los síntomas histéricos abarcan fenómenos somáticos y sensoriales —dolores musculares que van recorriendo el cuerpo físico, parálisis temporales, jaquecas, visión borrosa, afonía, insomnio, etc.—, síntomas todos ellos sin causa orgánica localizable y generalmente temporales. Freud llamó *histeria de conversión* a la histeria caracterizada por la manifestación de diversos síntomas en la que el afecto, desligado de un deseo inconsciente que es inaceptable para el *yo* o desligado de la representación psíquica de un acontecimiento —sea éste real o fantaseado— termina por innervar una zona corporal produciendo un síntoma somático.

El síntoma pasaría a ser de este modo un mensaje que el sujeto ignora y que se inscribe en el cuerpo; Freud advierte que

(...) hay también histerias de conversión puras, sin angustia alguna, y también meras histerias de angustia que se manifiestan en sensaciones de angustia y en fobias sin conversión alguna⁴¹².

Nasio⁴¹³ habla de tres estados propios del *yo* en la situación transferencial: un *yo* insatisfecho, un *yo* hysterizador y un *yo* tristeza. Con la idea de un *yo* insatisfecho, Nasio refiere al estado en que el *yo* del paciente espera recibir del otro, no la satisfacción de una demanda sino paradójicamente la *no* respuesta que frustra. Esto le permite al sujeto histérico encarnarse en el papel de víctima incomprendida e insatisfecha. De este modo, el conflicto neurótico que anuda la histeria vuelve a poner en cuestión la aparente idea de que los sujetos busquen el placer y la felicidad. El *yo* histérico se las arreglará para obtener siempre la insatisfacción: el deseo del histérico, es el deseo de tener siempre un deseo insatisfecho. Un *yo* hysterizador transforma la realidad material del mundo exterior en una realidad

⁴¹¹ ÍDEM, «Recuerdo, repetición, elaboración», *O. C.*, p. 1687.

⁴¹² ÍDEM, *Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Caso "Juanito")*, *O. C.*, p. 1425.

⁴¹³ JUAN DAVID NASIO, *El dolor de la histeria*, Paidós, Buenos Aires, 2001.

fantasmaticizada. Es hábil para buscar en el semejante aquellos puntos donde éste es fuerte, para posteriormente rebajarlo, así como los puntos débiles del otro, para decepcionarse. El histérico se juega en esta fluctuación, imposible de seguir por el semejante que quiera satisfacerlo, y que queda desconcertado permanentemente: el histérico *histeriza* el mundo que le rodea. En el análisis, este modo de vincularse del histérico se deposita en la neurosis *artificial* de transferencia, que será motor del trabajo analítico; neurosis, ya sea ésta *negativa* o *positiva*, es decir, la desvaloración del trabajo del analista o la exaltación de las virtudes de éste, lo que no deja de ser en ambos casos una impostura por parte del paciente. El histérico que se aferra a un estado de insatisfacción permanente construye vínculos erotizados pero tristes y vacíos a la vez. La sexualidad, ya de por sí problemática en cualquier sujeto, en la histeria toma formas y senderos sorprendentes. El sujeto histérico puede erotizar el mundo y sus objetos, crear delirios de seducción, pasionales, erotómanos y manifestar fenómenos *corporales* de descomposición, de extrañeza respecto al propio cuerpo, de despedazamiento del mismo, que empujan a la confusión del sanitario desprevenido. Sabemos por ejemplo de pacientes que pasan largos períodos de su vida sin tocar partes de su cuerpo, lo que lleva a no lavarse o bañarse normalmente. Sufrir de modo histérico es «sufrir conscientemente en el cuerpo, convertir un goce inconsciente e intolerable en sufrimiento corporal»⁴¹⁴.

Otra de las manifestaciones sintomáticas que puede presentar una posición histérica, son los llamados trastornos de la alimentación, que veremos en un apartado posterior. Es una de las problemáticas graves donde el acompañamiento puede ser de utilidad para el tratamiento, siempre y cuando, como en todos los casos, el equipo esté debidamente supervisado y advertido por la dirección y supervisión del tratamiento, para que la situación, dada la gravedad y complejidad que estos casos presentan, no derive en la *histerización* del propio equipo.

Como ya hemos señalado, Freud descubrió y afirmó que la histeria no es una problemática psíquica exclusiva de la mujer: a los síntomas propios de la histeria destacados anteriormente podemos sumar en el hombre todas aquellas problemáticas de su sexualidad, que se manifiestan en las prácticas sexuales, a saber, eyaculación precoz, impotencia, etc. Y aquí resulta necesario volver a destacar que llegar a considerar que un sujeto padece una histeria requiere, como para todas las demás categorías, de un trabajo de elucidación a lo largo de las entrevistas preliminares y el propio discurrir del tratamiento, y que la práctica psicoanalítica en ningún caso debe transmitir al paciente un diagnóstico, como ocurre en las prácticas «psi». El diagnóstico sirve para «orientar» al analista y al equipo de acompañamiento en su trabajo

⁴¹⁴ IBÍDEM, p. 23.

clínico y no para «desorientar» al paciente. Los pacientes histéricos suelen interrogar al analista sobre su padecimiento —«¿qué tengo?, ¿cuál es mi diagnóstico?»— esperando una respuesta, que en ningún caso debe dárseles, y si el analista cede ante dicha demanda —saliéndose de este modo de su función—, su respuesta será puesta en cuestión por el histérico, desafiando así al analista, ya que el histérico nunca tiene suficientes datos con los cuales saciar su «insaciable apetito»⁴¹⁵ de saber.

A2. NEUROSIS FÓBICA O HISTERIA DE ANGUSTIA

En psiquiatría, la definición de fobia refiere a un miedo a un objeto particular, a un animal, a salir de casa, etc. Si el sujeto se enfrenta con el objeto fóbico o se encuentra con una situación temida —como, por ejemplo, un espacio abierto— experimenta una angustia que él intentará evitar, inventando para ello estrategias tan complejas que su vida quedará silenciosamente limitada. Ahora bien, el psicoanálisis plantea que el objeto fóbico es un elemento imaginario que funciona como significativo depositario de angustia y representa todos los elementos temidos y no simbolizados posibles del mundo del sujeto. Una fobia desempeña el papel de un mito individual, un guión que el tratamiento psicoanalítico no intentará desmontar desensibilizando al sujeto mediante meras exposiciones reiteradas al objeto o a la situación temida, sino que el tratamiento trabajará apuntando en la dirección de que el paciente elabore los elementos que pueden estar en juego en la construcción y sostenimiento de la problemática fóbica.

La salida fóbica a un conflicto psíquico implica que la energía psíquica desvinculada de una representación intolerable se instala, en lugar de en un pensamiento como sucede en la obsesión, en un objeto externo que pasa a ser fóbico para el sujeto. Por tanto, liberar al paciente de la relación fóbica con un objeto es en realidad liberar la angustia en éste depositada; dicha angustia «libre» buscará adherirse a otra situación, traducéndose esto en un desplazamiento del síntoma fóbico de un objeto a otro.

Para referirse a esta forma de neurosis cuyo síntoma central es la fobia, Freud empleó también el término *histeria de angustia* —diferenciándola así de la *histeria de conversión*—, destacando que en ella el desplazamiento de carga psíquica sobre un objeto fóbico es posterior a la aparición de la angustia. Los síntomas fóbicos, sin embargo, no son exclusivos de las neurosis, ya que pueden presentarse en cualquier estructura, sea ésta psicótica o perversa.

⁴¹⁵ BRUCE FINK, *Introducción clínica al psicoanálisis lacaniano*, op. cit., p. 168.

En el análisis de una fobia infantil Freud especifica que el mecanismo de la represión opera de igual modo en la *histeria de angustia* que en la *histeria de conversión*, esto es, separando el *afecto* de una *representación* intolerable para un sujeto. La diferencia estriba en que en la *histeria de angustia*, a diferencia que en la *histeria de conversión*, «...la libido, desligada del material patógeno por la represión, no es *convertida* —en el cuerpo—, o sea utilizada, partiendo de lo anímico, para una inervación somática, sino que queda libre en calidad de angustia»⁴¹⁶. Esta angustia se desplazará y se ligará en un segundo momento a un objeto, que pasará a ser el objeto fóbico donde dicha angustia quedará depositada. Por tanto, evitando el encuentro con este objeto, el sujeto no sufrirá la angustia ligada a él. Tomemos como ejemplo el miedo a volar. Mediante una exposición sostenida a un simulador de vuelos y mediante viajes reales, evidentemente podrá ponerse fin a dicho miedo, sobre todo si el tratamiento tiene un gran coste económico para el sujeto, como aquellos que ofrecen las propias aerolíneas y algunos centros privados; pero ¿qué ocurrirá con esa angustia que estaba depositada en el objeto «vuelo-avión» y que ahora vuelve a estar libre? Erradicar un síntoma sin más, en este caso fóbico, conduce inexorablemente a la sustitución de un objeto, o situación fóbica, por otro.

El fenómeno de la angustia está vinculado con el registro que Jacques Lacan denominó lo *Real*: lo que genera angustia es aquello que no ha sido *simbolizado* por el sujeto. Para aproximarnos a esta problemática, puede ser útil recurrir a un ejemplo. Cuando nuestros antepasados eran testigos de un eclipse, atribuían la oscuridad del mundo en pleno día a un castigo de los dioses, el presagio de una catástrofe inminente, dentro del territorio de la superstición y el pánico —lo *Imaginario*—. Posteriormente la ciencia, la astronomía —Tales de Mileto, alrededor del 600 a. C., fue, según cuenta Heródoto, quien primero predijo un eclipse de sol— dio una explicación del fenómeno. Aún hoy día la experiencia de un eclipse produce un efecto perturbador, atribuyéndosele catástrofes futuras, etc. Pero el término «eclipse» —lo *Simbólico*— no deja lugar a dudas cuando es nombrado: lo *Real* imposible, como hasta ese momento era el fenómeno planetario para el hombre, pasó a formar parte del registro del lenguaje, de lo *Simbólico*, saliendo de este modo del territorio de la superstición.

lo <i>Real</i> :	desaparición del sol, pavor, angustia→	Fenómeno
lo <i>Imaginario</i> :	castigo divino, superstición→	Explicación
lo <i>Simbólico</i> :	eclipse→	Palabra, ciencia: Lenguaje

⁴¹⁶ SIGMUND FREUD, *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*, O.C., p. 1425.

Cuando viajamos en un tren subterráneo, podemos haber sentido en alguna ocasión una fuerte opresión en el pecho y una sensación de asfixia que nos obliga a abandonar el tren súbitamente en la primera estación que nos es posible, saliendo a la superficie de la ciudad presa del pánico. Pero ¿qué es eso que nos ocurrió, una vez que comprobamos en la sala de urgencia de un hospital que no hemos sufrido ninguna anomalía en nuestros órganos? Las ciencias del hombre han llamado «angustia» al fenómeno, pero aun así, esto no es suficiente para consolarnos:

La angustia es correlativa del momento de suspensión del sujeto, en un tiempo en el que ya no sabe donde está, hacia un tiempo en el que va a ser algo en lo que ya nunca podrá reconocerse⁴¹⁷.

Lo que no está a nuestro alcance de ser controlado —como sucede en un acceso de angustia— es el tema primordial de las mitologías. Los mitos clásicos proponen una explicación del mundo de los hábitos y ritos de los hombres, buscando sentido a los actos y relatando para qué las cosas son del modo que son y por qué el mundo es como es. El mito pretende, a través de un relato, ofrecer una respuesta a preguntas sobre el comienzo de la vida, la existencia del hombre, la muerte, sobre la sexualidad, sobre el amor, sobre el orden o caos del mundo. Hoy, por el contrario, los mitos contemporáneos apuntan a los neurotransmisores para explicar el vacío, el desasosiego y desánimo que habitan al hombre, la soberbia ciencia pretende reducir el sufrimiento humano a un mal enlace de neuronas.

Las neurosis fóbicas no pueden ni deben ser trabajadas desde el objeto o situación fóbica; el aparato psíquico ha hecho para llegar a ellas un desplazamiento de afectos, desplazamiento que está siempre sobredeterminado por conflictos que sólo están en relación con la historia particular de cada sujeto. Las propuestas taxonómicas de interminables fobias específicas no marcan un sendero de trabajo clínico, ya que además, como en toda sintomatología y padecimiento anímico, los síntomas fóbicos pueden producirse y manifestarse en las diversas estructuras, es decir, en las psicosis, las neurosis y también en las perversiones.

En el tratamiento de pacientes que manifiestan fobias —sobre todo en los primeros momentos, cuando el hecho de acudir a una consulta o incluso salir del propio domicilio pueden ser percibidos por el sujeto como actos imposibles—, el acompañamiento terapéutico representa una herramienta particularmente idónea. En efecto, el acompañamiento crea las condiciones que posibiliten la movilización física y anímica del paciente a otro lugar, donde ese sufrimiento fóbico pueda ser escuchado para construir su articulación histórica, puesto

⁴¹⁷ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 4: La relación de objeto*, Buenos Aires, Paidós, 1998, p. 228.

que, si así fue construido, es porque responde a una necesidad de una etapa en la vida del sujeto, y al articularse ha «empleado» los elementos que en dicho momento estaban a su disposición. Será entonces posible vislumbrar que en una época dicha fobia tuvo alguna «utilidad» para el sujeto y que incluso el objeto fóbico ejerció una función de «protección» para el psiquismo. De esta manera, se podrá llegar a sustituir paulatinamente el síntoma fóbico por palabras que diluyan la necesidad de recurrir a él.

A3. NEUROSIS OBSESIVA

Los pacientes que presentan síntomas obsesivos, por lo general, se comportan de forma mucho más discreta que aquel que manifiesta rasgos histéricos; el obsesivo «renuncia» casi por completo a todo género de manifestaciones somáticas, concentrando todos los síntomas en el dominio de lo psíquico, ya sea en el pensamiento o en rituales discretos de difícil observación en general y paralizante cumplimiento. El sujeto obsesivo experimenta impulsos extraños a sus deseos e intereses, viéndose «forzado» a realizar actos cuya ejecución no le proporciona placer alguno, pero a los cuales no puede sustraerse, quedando su pensamiento casi permanentemente adherido a ideas alejadas de su bienestar. Tales ideas y representaciones obsesivas, que carecen aparentemente por sí mismas de todo sentido, constituyen el punto de partida de una intensa actividad intelectual que agota al enfermo, el cual se ve constreñido a cavilar incesantemente alrededor de tales ideas, como si de sus asuntos personales más importantes se tratase⁴¹⁸.

Cuando una representación intolerable ha sido reprimida, el afecto anteriormente ligado a ella queda liberado, desplazándose y fijándose a una representación distante de la original: piénsese, por ejemplo, en un sujeto al que le asecha una idea recurrente como contar los cambios de semáforo antes de cruzar una calle, o en aquel otro que piensa exclusivamente si será posible el retorno y el perdón de la «amada» que se marchó hace años por una «infidelidad», no pudiendo de este modo el sujeto establecer ningún nuevo vínculo con nadie, ni laboral ni afectivo, al diluirse la capacidad de sustitución⁴¹⁹, tal como ocurre en los

⁴¹⁸ SIGMUND FREUD, «El sentido de los síntomas», *Lecciones introductorias al psicoanálisis*, lección XVII, O.C., p. 2283.

⁴¹⁹ Uno de los criterios de salud que planteó Freud en su texto «Duelo y melancolía» es la capacidad de *sustitución* que tenga un sujeto. Frente a la pérdida de un objeto, el sujeto puede identificarse con el objeto, perder una parte de su yo, y caer así en la melancolía, o puede sustituir al objeto perdido. Luego, la capacidad de sustitución es otro de los criterios de salud y sustituir no significa cambiar un objeto por otro, más que de sustitución se trataría de suma. En dicho trabajo señala Freud: «Mas, ¿en qué consiste la labor que el duelo lleva a cabo? A mi juicio, podemos describirla en la forma siguiente: el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya, y demanda que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo. Contra esta demanda surge una resistencia naturalísima, pues sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las

fenómenos melancólicos. Los impulsos que emergen pueden presentar un carácter infantil y desatinado, pero la mayor parte poseen un contenido temeroso. Los actos que el sujeto lleva a cabo son siempre inocentes e insignificantes: repeticiones, actos ceremoniosos, rituales. De este modo, los actos más necesarios tales como acostarse, lavarse, vestirse o salir de paseo, se convierten en problemas complicadísimos, apenas solubles. Terapéuticamente no se aportará nada significativo si al enfermo se le aconseja que deseche sus ideas y deje de cometer esos actos aparentemente absurdos. El sujeto quisiera hacer aquello que le aconsejan sus familiares, su entorno o el terapeuta, ya que por lo general presenta perfecta lucidez, compartiendo la opinión sobre el aparente sinsentido de sus actos obsesivos, los reconoce, pero no está a su alcance la decisión de no realizarlos.

La neurosis obsesiva fue aislada como una categoría diagnóstica por Freud en 1894, enmarcando una sintomatología que abarca desde ideas recurrentes, impulsos de realizar acciones que al propio sujeto le pueden resultar absurdas pero que no puede evitar, tales como lavarse las manos compulsivamente, rituales que en definitiva terminan paralizando al sujeto en su vida cotidiana. No debe esperarse encontrar una explicación rápida e inmediata de las obsesiones. El trabajo clínico que el psicoanálisis propone, obliga al profesional a reprimir su «curiosidad» y dejar de alguna manera que el paciente vaya fijando los temas a analizar, sin imposiciones ni consejos. En los casos graves de neurosis obsesiva, tal como ocurre en algunos episodios y fenómenos histéricos, las manifestaciones y actos del paciente pueden ser fácilmente confundidos con un trastorno psicótico. En 1894 Freud estableció la distinción entre obsesiones y fobias al señalar que:

En toda obsesión hay dos elementos: 1.º Una idea que se impone al enfermo. 2.º Un estado emotivo asociado. Ahora bien: en las fobias, este estado emotivo es siempre la angustia, mientras que en las obsesiones propias puede ser igualmente cualquier otro, tal como la duda, el remordimiento o la cólera⁴²⁰.

Locura obsesiva y prácticas religiosas. Si toda psicosis implica un delirio, no todo delirio comporta una psicosis. Como hemos señalado, la gravedad de ciertos actos obsesivos puede llevar a engaño a quien los observa y considere que tras de ellos subyace un estado de locura psicótica. También hemos remarcado la exquisita prudencia con la que el clínico debe

posiciones de su libido, aun cuando les haya encontrado ya una sustitución. Esta resistencia puede ser tan intensa que surjan el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto, por medio de una psicosis desiderativa alucinatoria», en SIGMUND FREUD, «Duelo y melancolía», *O.C.*, p. 2092.

⁴²⁰ ÍDEM, «Obsesiones y fobias», *O.C.*, p. 178.

conducirse en todos los casos, para no «delirar» él mismo un diagnóstico erróneo que condicionará su trabajo y la vida del paciente.

Freud resaltó la vinculación de los actos obsesivos con las prácticas religiosas, considerándolos como una suerte de religión privada. En un trabajo de 1907 señala:

No soy seguramente el primero en haber advertido la analogía entre los llamados actos obsesivos de los neuróticos y las prácticas devotas con las que el creyente atestigua su piedad. Prueba de ello es el nombre de «ceremoniales» dado a algunos de tales actos obsesivos. Pero, a mi juicio, tal analogía no es meramente superficial; y así, basándonos en el conocimiento de la génesis del ceremonial neurótico, podemos arriesgar algunas conclusiones, por analogía, sobre los procesos psíquicos de la vida religiosa⁴²¹.

La psiquiatría reduce este malestar psíquico a un diagnóstico, el «trastorno obsesivo compulsivo» («TOC»), sin contemplar que tras de los rituales y actos obsesivos subyacen las problemáticas y avatares a los que todo sujeto humano inexorablemente debe enfrentarse: la vida, la muerte, es decir, la finitud, la sexualidad, los deseos... De esta manera, los tratamientos se ven reducidos a métodos que pretenden forzar y anular dichos actos sintomáticos mediante consignas e instrucciones, intervenciones quirúrgicas, la hoy día llamada «psiconeurocirugía»⁴²², es decir, las consabidas salvajes prácticas de lobotomía, junto a la prescripción de fármacos que sólo enturbian y obstaculizan cualquier posibilidad de interrogación por parte del sufriente para «comprender» el para qué se coloca de este modo ante la vida y las exigencias que ella plantea.

Un síntoma sirve, en cierto modo, para bordear la angustia. De la misma manera que un sujeto que padece un síntoma fóbico coloca la angustia existencial en un objeto o situación que pasa a ser fóbica, el sujeto obsesivo recurre a rituales para postergar, silenciar o evitar la aparición de la angustia, angustia emergente de deseos inaceptables para el sujeto. Añade Freud al respecto:

De estas circunstancias hallaríamos también en los dominios de la vida religiosa lo que sigue: La génesis de la religión parece estar basada igualmente en la renuncia a determinados impulsos instintivos; mas no se trata, como en la neurosis, exclusivamente de componentes sexuales, sino de instintos egoístas, antisociales, aunque también éstos entrañen, por lo general, elementos sexuales. La consciencia de culpabilidad consecutiva a una tentación inextinguible y la angustia

⁴²¹ SIGMUND FREUD, «Los actos obsesivos y las prácticas religiosas», *O.C.*, p. 1337.

⁴²² La prácticas neuroquirúrgicas en seres humanos datan desde el siglo XIX, y hoy día continúan utilizándose en el tratamiento de las problemáticas obsesivas, entre otras; véase: J. VALLEJO RUILOBA, *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*, Massson, Barcelona, 1998, p. 829.

expectante bajo la forma de temor al castigo divino se nos ha dado a conocer mucho antes en los dominios religiosos que en los de la neurosis. Quizá a causa de los componentes sexuales entremezclados, o acaso a consecuencia de cualidades generales de los instintos, también en la vida religiosa resulta insuficiente y nunca perfecta la represión de los instintos. Las recaídas en el pecado son incluso más frecuentes en el creyente que en el neurótico y sirven de base a un nuevo orden de actividades religiosas: a los actos de penitencia, cuyo paralelo encontraremos también en la neurosis obsesiva⁴²³.

Obsesiones, trabajo analítico y acompañamiento. Un paciente que llegó a ser diagnosticado de padecer «trastorno obsesivo compulsivo», al que llamaremos Juan, realizó una carrera profesional de gran éxito. Fundó una empresa cuya cifra de empleados alcanzó un número considerable así como un nivel de facturación importante. Sus hermanos y su propia esposa comenzaron a incorporarse paulatinamente en su empresa por recomendación de Juan que trabajaba extensas jornadas diarias y, pese a no haber tenido una formación universitaria, era un gran gestor financiero. Viajaba constantemente por el mundo donde abría nuevas filiales de la empresa central. En un momento, según el mismo relató en sus sesiones, aturdido por el volumen de trabajo así como por el dinero que ingresaba en su cuenta, comenzó a mantener relaciones con la que era su secretaria personal y a beber en exceso. Al enterarse de ello su esposa le pidió la separación. El matrimonio no tenía hijos. Juan aceptó en ese momento de buena gana el pedido de su esposa y se marchó del domicilio conyugal, yéndose a vivir con su nueva pareja. Juan durante su matrimonio siempre se mantuvo leal a su esposa, salvo contadas visitas a locales de alterne después de extensas reuniones y cenas de negocio con clientes, algo que por otra parte es práctica habitual en ciertos ámbitos de empresa. Pasado poco tiempo desde que Juan se marchó de su casa, su amante le dejó. A partir de ese momento Juan rogó a su esposa poder regresar a casa. Ésta no lo aceptó ni le «perdonó» la «infidelidad» cometida. Juan comenzó, descuidando su trabajo y su economía, a llamarla insistentemente por teléfono a casa y a su trabajo, es decir, a la empresa que él mismo había fundado, suplicando la reconciliación que aquella no admitió. Denunciado por su esposa por «acoso» y «violencia de género», Juan fue sometido a diversos tratamientos psicológicos e ingresos psiquiátricos. Ante la insistencia de la denunciante, un juez dictaminó una orden de alejamiento de su casa y de su propia empresa donde aún trabajaba su esposa. Los médicos que lo atendían, en acuerdo con la familia, consideraron que un nuevo ingreso en una clínica psiquiátrica resguardaría a Juan de una posible condena penal. Juan fue sometido a diversos métodos médicos de dudosa práctica para intentar mitigar su obsesión que era ni más ni

⁴²³ SIGMUND FREUD, *op.cit.* p. 1341.

menos que el querer «volver con ella», frase que Juan emitía una y otra vez: «¿puedo volver con ella?». Desde el hospital nos propusieron la posibilidad de acompañar a Juan en breves salidas de fin de semana. Así lo hicimos. Una entrevista previa con el paciente nos permitió considerar que era factible realizar esos acompañamientos. Pero Juan no estaba en condiciones anímicas ni psíquicas para aceptar o rechazar el acompañamiento. Le daba igual estar ingresado que salir a pasear algunas horas. Con lo cual dócilmente salía con los acompañantes de nuestro equipo sin mencionar palabra. Los acompañantes que tenía eran psicólogos de formación. Juan preguntó si podía tener algunas sesiones con un psicólogo. La familia y los médicos aceptaron que visitara a un psicoterapeuta.

Una vez dado de alta de la clínica psiquiátrica, Juan fue a vivir a casa de sus padres; casa que él mismo había comprado para ellos, tal como hizo con sus hermanos. Para poder atender en consulta a Juan era necesario que primero pudiera salir de casa de sus padres. Mientras tanto la demanda presentada por su esposa denunciando «acoso sexual» desembocó en un juicio que se suspendía una y otra vez por mediación de su familia, que recurría a sucesivos ingresos psiquiátricos alegando que Juan padecía enfermedad mental crónica.

Juan venía a las sesiones acompañado por un miembro de nuestro equipo. La primera entrevista dejó entrever la complejidad del caso: un sujeto que sólo emitía una y otra vez la misma frase con la mirada extraviada y permanente somnolencia producto de la cantidad de fármacos que se le suministraba. Sin caer en la desazón, seguíamos atendiendo a Juan, que tres veces por semana acudía a sus sesiones. Poco a poco, tanto en el trayecto a la consulta conversando con cada uno de los acompañantes que tenía —dos mujeres y un hombre— así como en las sesiones, relataba su recorrido profesional, cómo había construido la empresa, cómo sus familiares y amigos se incorporaron a ella, y la tremenda culpa que sentía por haber «engañado» a su esposa. Finalmente una nueva fecha para la celebración del juicio se acercaba. La familia se inquietaba ante la posibilidad de que la esposa —eso lo supimos después— se quedara con el patrimonio que administraban sus hermanos, después de que Juan ya le diera la mitad del mismo así como la vivienda conyugal, los coches, etc. En sesión Juan manifiesta su deseo de acudir al juicio, viendo en ello la posibilidad de poder conversar con su esposa y conseguir su perdón. El trabajo analítico junto con el dispositivo de acompañamiento terapéutico parecía tener efectos. Juan ya no sólo acudía a sus sesiones y conversaba cordialmente con cada uno de los miembros del equipo que lo atendía, sino que proponía diversas salidas de ocio: espectáculos deportivos, cine, comidas y cenas en restaurantes, etc. Celebrado el juicio, donde el juez confirmó el diagnóstico de enfermedad mental grave que los psiquiatras habían diagnosticado, Juan es declarado inocente, y

posteriormente en otra decisión judicial, para «satisfacción» de la familia, se le dictamina la incapacidad civil, es decir, la incapacidad de obrar.

El encuentro con su esposa en el juzgado no tuvo la consecuencia que Juan esperaba, pero al menos, dijo, «no iré a la cárcel ni al hospital». Al poco tiempo, en uno de los acompañamientos Juan propuso al equipo realizar un viaje de vacaciones a la playa, viaje que requería la autorización de su familia, ya que Juan no disponía de su dinero. Juan lo comentó a su familia y ésta, en principio dispuesta a que realizara el viaje, consultó al analista que coordinaba el tratamiento, sobre la factibilidad de dicho viaje, la disponibilidad del equipo de acompañar a Juan, así como la posibilidad de que escapara e intentara ir a ver a su esposa. No podíamos garantizar tal cosa, sólo comentamos la viabilidad de que Juan realizara dicho viaje junto a dos acompañantes, para lo cual era necesario alquilar alojamiento así como adquirir los respectivos billetes de avión y traslados. Justo en ese momento la familia, obviando el deseo de Juan de realizar ese viaje, pide la reducción, aduciendo razones económicas, de las visitas a consulta y de las horas de acompañamiento que en ese momento eran diarias, a razón de tres o cuatro horas los siete días de la semana.

El estado asignó a Juan una pensión por incapacidad, con la cual evidentemente no podía afrontar el pago de las sesiones de análisis y acompañamiento, ni los gastos del supuesto viaje. Sin embargo su patrimonio, ya en manos de la familia, era considerable como para poder retomar una vida, dentro de sus posibilidades, de cierta independencia: trasladarse a un domicilio nuevo, contratar a alguien que se encargara de la limpieza y las compras, con un equipo de acompañamiento que estuviera con él el tiempo que se considerara adecuado, así como continuar con su tratamiento analítico. La última vez que acompañamos a Juan, éste fue a ver un partido de baloncesto del equipo de su ciudad, al que hacía quince años que no veía en directo. La familia nos comunicó que ya no eran necesarios el acompañamiento ni las sesiones, insistiendo en que la situación económica no lo permitía y que Juan, por ser un «enfermo crónico», ya nunca podría volver a vivir solo, y que la demanda de Juan de realizar un viaje de vacaciones era un «delirio» debido a su enfermedad, punto éste que los médicos confirmaron al añadir al diagnóstico de «trastorno obsesivo compulsivo» los de «trastorno límite de la personalidad» y «trastorno esquizotípico». A partir de ese momento, por lo tanto, Juan estaría a resguardo en casa de sus padres, que le suministrarían la medicación psiquiátrica para que no se fugara o intentara hablar con su esposa.

Aquí sólo una breve mención al diagnóstico tan recurrido de «trastorno de personalidad límite», también llamado «borderline» o «fronterizo». Lacan rechazó esta categoría como tal, por considerar que «quienes la utilizan no hacen más que tomarse la cabeza con la manos y

decir: «No se qué es lo que estoy viendo»⁴²⁴. El dudar el que un paciente sea neurótico o psicótico —duda que como tal debe quedar en suspenso para no llevar el tratamiento a un callejón sin salida—, en realidad pone al terapeuta, sea éste médico, psiquiatra, psicólogo, analista, en la frontera de su saber y de su deseo como clínico.

B. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En una carta enviada a Wilhelm Fliess conocida como el «Manuscrito G», Freud hace una de sus primeras menciones al padecimiento que se conoce como «anorexia mental», haciendo una articulación de esta afección con la melancolía:

- a. El afecto correspondiente a la melancolía es el del duelo, o sea, la añoranza de algo perdido. Por tanto, acaso se trate en la melancolía de una pérdida, producida dentro de la vida *querencial*.
- b. La neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. Me parece (tras una buena observación) que la famosa anorexia nervosa de las niñas jóvenes es una melancolía en caso de sexualidad no desarrollada. La enferma indicaba no haber comido simplemente porque no tenía *ningún* apetito, nada más. Pérdida de apetito = en lo sexual, pérdida de libido⁴²⁵.

El término *anorexia*, que proviene del griego *a/an* —negación—, *orégo* —apetecer—, ya fue utilizado por los médicos de la antigüedad clásica desde Dioscórides a Galeno. Sorano por su parte, en su tratado ginecológico, asoció la anorexia con los caprichos de las embarazadas o con la menstruación⁴²⁶. La primera aproximación a la anorexia nerviosa se debe a Richard Morton, que en 1689, en su *Ciencia de la consunción o estudios sobre la consunción*, describe el caso de una mujer de 18 años, de una delgadez extrema, que se priva voluntariamente de la comida sin que se descubra ningún motivo somático para ello. En 1873 el psiquiatra francés Charles Ernest Lasègue publica un trabajo titulado «De l'anorexie hystérique», y el médico inglés William W. Gull en 1868 describió la mayor parte de los síntomas que se asocian hoy a la enfermedad, utilizando la expresión *aepsia hysterica*.

La anorexia plantea varios problemas clínicos: en primer lugar, el de si se trata de un síntoma o un síndrome asociado a algunas estructuras neuróticas o incluso psicóticas, si se consideran las distorsiones delirantes sobre la imagen propia del cuerpo, o perversas, o si en cambio se trata de una estructura particular, con entidad propia. El sujeto anoréxico invierte

⁴²⁴ BRUCE FINK, *Introducción al psicoanálisis lacaniano*, Gedisa, Barcelona, 2007, p. 171.

⁴²⁵ ÍDEM, «Manuscrito G», *Cartas a Wilhelm Fliess*, Amorrortu, Buenos Aires, 1994, p. 98.

⁴²⁶ Fuente *Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*, dirección URL: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/anorexia>.

toda su energía, sus actos, pensamientos, en un síntoma, la «comida». El síntoma «anoréxico» viene a encubrir otras problemáticas en juego en la constitución de un sujeto. Implica sustituir la pregunta sobre si «soy un hombre o una mujer», por la afirmación «no como porque soy anoréxico», que desemboca en terminar por desechar toda posibilidad de relación afectiva o sexual, como también se observa en el toxicómano, cuyo mundo gira en torno a la sustancia tóxica.

En un estudio sobre una neurosis infantil Freud señala:

La primera organización sexual aprehensible es, para nosotros, aquella a la que hemos calificado de «oral» o «caníbal» y en la que la excitación sexual se apoya aún en el instinto [pulsión] de alimentación. No esperamos hallar manifestaciones directas de esta clase, pero sí indicios de ellas en las perturbaciones eventualmente surgidas. La perturbación del instinto de alimentación, que naturalmente puede tener también otras causas, nos demuestra entonces que el organismo no ha podido llegar a dominar la excitación sexual⁴²⁷.

Como destacó Freud, esta perturbación de la alimentación suele aparecer durante la adolescencia, en la que el bloqueo de la sexualidad tiende a manifestarse, bajo un mecanismo histérico, mediante una sintomatología anoréxica, particular para cada caso:

Sabido es que años posteriores —tratándose de muchachas, en la época de la pubertad o poco después— existe una neurosis que expresa la repulsa sexual por medio de la anorexia, debiendo ser relacionada, por tanto, con esta fase oral de la vida sexual⁴²⁸.

Las distorsiones delirantes de la imagen del cuerpo han llevado a algunos teóricos a considerar al fenómeno anoréxico dentro de los trastornos psicóticos, pero sabemos que la distorsión delirante de la realidad no es exclusiva de las psicosis. Lacan, refiriéndose a la *anorexia mental*, como así la llamaba, planteó aquellos casos en que la madre omnipotente no da lugar a que algo falte, donde la anorexia pasa a ser «un deseo de comer nada y no de no comer nada». Lacan puso en relación la *anorexia mental*, como así la llamaba, con la presencia de una madre «omnipotente», que no permite que nada falte a su hijo/a. En este caso, la anorexia pasaría a ser un deseo de «comer nada» y no de «no comer nada». El único modo que tiene el niño de que su madre todopoderosa fracase es «comiendo nada», y el niño pasa de este modo a ejercer el poder al precio de enfermar. En las anorexias, por lo general, hay una ausencia de la intervención del padre que ponga límite a la madre y le señale que no

⁴²⁷ SIGMUND FREUD, «Historia de una neurosis infantil (Caso del “hombre de los lobos”», *O.C.*, p. 2000.

⁴²⁸ IBÍDEM.

es todopoderosa, puesto que el padre también cayó bajo la sombra de la esposa-madre, pasando a ser un padre des-autorizado.

(...) la anorexia mental no es un *no comer*, sino un *no comer nada*. Insisto—eso significa *comer nada*. Nada, es precisamente algo que existe en el plano simbólico. No es un *nicht essen*, es un *nichts essen*. Este punto es indispensable para comprender la fenomenología de la anorexia mental. Se trata, en detalle, de que el niño come nada, algo muy distinto que una negación de la actividad. Frente a lo que tiene delante, es decir, la madre de quien depende, hace uso de esa ausencia que saborea. Gracias a esta nada, consigue que ella dependa de él⁴²⁹.

En relación al método psicoanalítico para el tratamiento de las diferentes neurosis, Freud afirma que:

Del mismo modo que entre la salud y la enfermedad no existe una frontera definida y sólo prácticamente podemos establecerla, el tratamiento no podrá proponerse otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de goce. Cuando el tratamiento no ha sido suficientemente prolongado o no ha alcanzado éxito suficiente, se consigue, por lo menos, un importante alivio del estado psíquico general, aunque los síntomas continúen subsistiendo, aminorada siempre su importancia para el sujeto y sin hacer de él un enfermo⁴³⁰.

Resalta Freud que el procedimiento terapéutico «es, con pequeñas modificaciones, el mismo para todos los cuadros sintomáticos de las múltiples formas de la histeria y para todas las formas de la neurosis obsesiva», salvo en aquellas formas de histeria, como las anorexias, donde se impone la necesidad de mitigar con rapidez el síntoma, como es obvio, ya que la salud física del enfermo está gravemente perjudicada, para luego, o paralelamente al proceso de contención y recuperación del deterioro físico y las graves consecuencias de la inanición, instaurar poco a poco el trabajo analítico a través de la palabra. En estas primeras fases del tratamiento, la implementación de un dispositivo de acompañamiento terapéutico va creando las condiciones de posibilidad de un tratamiento psíquico diluyendo los estados de confusión mental y depresivos de inactividad.

Las complicaciones médicas que conlleva el rechazo alimentario —disminución de la densidad mineral ósea, complicaciones gastrointestinales, trastornos endocrinológicos, etc.— dan a esta problemática una complejidad añadida. El rechazo a alimentarse es un síntoma que puede presentarse en muchos casos —problemáticas fóbicas, obsesivas, psicosis, etc.— y en diferentes edades. En las manifestaciones anoréxicas se observa que la necesidad vital de

⁴²⁹ JACQUES LACAN, «El falo y la madre insaciable», *El seminario, libro 4: La relación de objeto*, op. cit., p. 187.

⁴³⁰ SIGMUND FREUD, «El método psicoanalítico de Freud», *O.C.*, p. 1006.

alimentarse entra en contradicción con la conducta manifiesta, esto es, el deseo de comer *nada* del anoréxico, sobre todo «si el Otro que tiene claro lo que necesita se entromete y en lugar de lo que no tiene le atiborra con la papilla asfixiante de lo que tiene, es decir confunde sus cuidados con el don del amor»⁴³¹. Lacan sentencia que el niño al que alimentan con más «amor» es aquel que rechaza el alimento y juega con ese rechazo como si fuera un deseo, y añade:

A fin de cuentas, el niño, al negarse a satisfacer la demanda de la madre, ¿no exige acaso que la madre tenga un deseo fuera de él, porque es éste el camino que le falta hacia el deseo?⁴³²

Si se consideran estos planteamientos e interrogantes que se abren sobre el deseo en la infancia, las incógnitas sobre la sexualidad, las necesidades y demandas de este período de la vida, el lugar del deseo materno y la eventual abstinencia del padre en ejercer su función como tal, el problema se presenta en toda su complejidad: buscar la causa desencadenadora de los trastornos de la alimentación en la influencia de la talla de la ropa que se publicita como proponen algunos enfoques médicos y psicológicos o limitarse a razones meramente estéticas para dar cuenta de los fenómenos anoréxicos —fenómenos que competen al territorio de las histerias o melancolías, donde siempre es el cuerpo sexuado lo que se esconde, difuminándose en la delgadez o en la gordura, tanto en los fenómenos anoréxicos como en los bulímicos— resulta por tanto desacertado o demasiado simplista. Por tanto, para el tratamiento de estos fenómenos que implican un padecimiento claramente histérico, ¿es suficiente confrontar al anoréxico con su cuerpo reflejado en un espejo?; ¿el cuerpo frágil y delgado que «ve» el anoréxico es el mismo cuerpo que ve el médico y los terapeutas que lo observan?; ¿se puede convencer al paciente de que su vida está en peligro?; ¿tiene algún valor clínico el consejo nutricional? La multiplicidad de los procesos psíquicos en juego no se domeñan queriendo o forzando al anoréxico a que se alimente. Los pacientes con problemáticas anoréxicas mantienen sus «facultades mentales» intactas, es decir, responden a la que podríamos llamar lógica cotidiana, excepto en lo que respecta al alimento, por lo que es habitual que para un paciente de larga duración sus cercanos consideren normal que esté extremadamente delgado como si esto fuera una característica de su «personalidad» o estilo de vida, puesto que puede llegar, en muchos casos, un momento en que el paciente ya no transmite sufrimiento, o mejor dicho, no manifiesta verbalmente sufrimiento.

⁴³¹ JACQUES LACAN, «La dirección de la cura y los principios de su poder», *Escritos*, Siglo XXI, México, 2001, p. 608.

⁴³² IBÍDEM.

La anorexia la observamos como el rechazo de toda satisfacción, es decir, el mantenimiento persistente de un *deseo insatisfecho* a cualquier precio, consiguiendo así que ese deseo se mantenga *eternamente* vigente: «Cuando en alguna época de mi vida he alcanzado algo de peso y mejoró mi aspecto físico, sentí mucho miedo de que ese momento de satisfacción se acabara», verbalizó una paciente anoréxica en una sesión. La misma paciente afirmó en otra ocasión que con la desaparición de la menstruación había dejado de ser mujer, y por consiguiente de sentirse deseada, «lo que», añadió, «a veces me alivia».

Un síntoma, que cumple la función, entre otras, de mantener oculto un deseo inaceptable, es decir, satisfacer el deseo de mantener un deseo insatisfecho, puede ser considerado un signo —tal como lo contempla la medicina, por ejemplo, delgadez extrema como signo de anorexia— o puede ser considerado un significante a partir del cual el analista invitará al paciente que lo sufre a hablar sin ser cuestionado ni taponado con una explicación causalista circular —como por ejemplo: «Ud. no come porque padece anorexia»—, que fija al paciente en su síntoma, pasando este último a ser una señal de identidad, como pudiera ser la lengua que habla o el color de los ojos.

Una paciente relató en una sesión lo insoportable y desagradable que era para ella ver como su padre miraba los cuerpos de las mujeres por la calle; evidentemente no puede atribuirse a la mirada que su padre tenía sobre las mujeres el origen de un padecimiento anoréxico, pero la compleja red de elementos psíquicos alrededor de esa forma de mirar del padre o la significación de dicha mirada paterna que construyó la paciente puede ser una de las innumerables aristas *sobredeterminadas* —inconscientemente— del que podríamos llamar el *fractal* psíquico.

Los conceptos freudianos han sido erosionados de forma paulatina en ocasiones y torpe en otras por las propias autodenominadas escuelas psicoanalíticas. La aparente incomprensibilidad de algunos de dichos conceptos o el intento de vulgarizarlos para que lleguen al habla común, o el temor ante la feroz crítica de los aparatos de poder oficiales, ya sean éstos académicos o sanitarios, por la aparente falta de valor científico de los mismos, en un intento de congraciarse con dichos poderes por parte de algunas de las corrientes psicoanalíticas, han llevado a éstas a rechazar por ejemplo un concepto crucial como el de «pulsión de muerte», sin el cual cualquier práctica que pretenda enmarcarse dentro del «psicoanálisis» no es más que una psicoterapia centrada en la «psicología del yo»⁴³³, que pretende reforzar a éste, a la estima del sujeto y que por tanto desconoce el inconsciente. No

⁴³³ Con el nombre de «psicología del yo» se conoce a una corriente desviada del psicoanálisis que surge en los EE.UU. que considera al *yo* —que en realidad es el síntoma fundamental del sujeto— el centro de la vida anímica de los «individuos» en detrimento del *ello*, el *superyó* y por tanto del *inconsciente*.

se puede forzar a un paciente a que coma, esto sólo consigue que el paciente se revuelva y defienda con su propia vida el no querer estar satisfecho. En el empuje a la muerte, no solo biológica, que se manifiesta en la anorexia a través de un cuerpo *asexuado*, el sujeto anoréxico se comporta como si la anatomía no existiese, tal como ocurre en las parálisis motrices orgánicas e histéricas⁴³⁴.

C. LAS PSICOSIS

Me ha llevado toda la vida aprender qué es lo que no debo tocar.

Dizzy Gillespie

En el prólogo que dedicó a un libro del psicoanalista Theodor Reik sentencia Freud que «el psicoanálisis es un hijo de la indigencia médica; surgió de la necesidad de auxiliar a los enfermos neuróticos, a quienes ningún beneficio podían ofrecer el reposo, la hidroterapia o el tratamiento eléctrico»⁴³⁵. El electroshock y las psiconeurocirugías, antes llamadas lobotomías, siguen empleándose en nuestros hospitales, públicos y privados, poniendo todo el peso de la «enfermedad» en el paciente, con el consentimiento, por lo general, de su propia familia que expresa su intención de que el familiar enfermo sea «curado» o «controlado».

Donald Winnicott señala que las psicosis no tienen tanto necesidad de ser curadas como de ser acogidas; afirma que en un estado de salud habitan congeladas innumerables situaciones de fracaso, fracasos que descongelados encuentran acogida en diferentes fenómenos de cicatrización que se ofrecen en el vivir: el amor, la amistad, la atención de las enfermedades físicas, el trabajo, la poesía⁴³⁶. Winnicott piensa que las psicosis se instalan cuando todavía dependemos de la acogida de otros y sostiene que no se puede pensar una situación clínica sin interrogar las primeras condiciones de la vida de un sujeto. El desarrollo emocional de un niño depende de los cuidados que recibe. Para poder vivir, en su inmadurez, necesita del apoyo y de los sistemas de adaptación que le ofrece la madre. Winnicott señala que el niño queda a merced de un arduo pasaje que va de la fusión (*simbiosis* y *alienación*) a la separación, subrayando la importancia, para el niño y su madre, de una experiencia gradual de separación e independencia.

⁴³⁴ SIGMUND FREUD, «Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas», *O.C.* p. 19.

⁴³⁵ ÍDEM, «Prólogo para un libro de Theodor Reik», *O.C.*, p. 2812.

⁴³⁶ DONALD WINNICOTT, «Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico», *Escritos de psicoanálisis y pediatría*, Paidós, Buenos Aires, 1999.

Marcelo Percia señala, citando a Winnicott, «que el término psicosis da a entender que durante la primera infancia algo faltó o no alcanzó, algo se hizo debilidad o se sintió como tensión insoportable»⁴³⁷. Winnicott afirma que enfermamos psíquicamente para escapar de un colapso: «Para abrigarnos en nuestra debilidad extrema, para preservarnos de la destrucción. La enfermedad de esta manera es una invención de una fortaleza inútil, un intento de fuga malograda»⁴³⁸. En esos momentos necesitamos de cuidados clínicos hasta poder encontrarnos de otro modo: lo que Winnicott llamó un derrumbe (break-down), una destrucción, una fractura, una partición, algo de lo que no tenemos recuerdo tuvo lugar en el pasado en las líneas de fuerza: «un *trastorno de madre*». Ausencias de abrazo, abrigo, ternura, cuidado, ausencias o faltas que no pueden ser relatadas porque ocurrieron cuando, aún, no sabíamos de la necesidad de abrazo, de abrigo, de ternura, de cuidado. Un acontecimiento que no podemos pensar «retorna como amenaza descontada de nuestra historia»⁴³⁹. Winnicott cree en el posible valor terapéutico del enfermar. Atiende a las psicosis como retorno de defensas que fracasan⁴⁴⁰. Incluso llega a afirmar, retomando una idea freudiana, que los delirios son intentos fallidos de una reconstrucción, una regresión que alberga un intento de autocuración:

La regresión representa la esperanza que alberga el individuo psicótico de que ciertos aspectos del medio ambiente que originariamente fallaron podrán ser repetidos, con la salvedad de que esta vez, en lugar de fracasar, el medio ambiente triunfará en su función de posibilitar la tendencia heredada del individuo a desarrollarse y madurar⁴⁴¹.

Dice que cuando un estado de fractura se vuelve a hacer presente, el paciente necesita hacerse lugar para que ese derrumbe sea posible. Un espacio para hospedarse, para ser acompañado en el propio desamparo: Winnicott lamenta la carencia de esos espacios donde al sujeto, niño, adolescente o adulto, no se lo medique apresuradamente ya sea para tranquilizar a los familiares o a los terapeutas y enfermeros.

...el psicótico es un mártir del inconsciente, dando al término mártir su sentido: ser testigo. Se trata de un testimonio abierto. El neurótico también es un testigo de la existencia del inconsciente, da un testimonio encubierto que hay que descifrar. El psicótico, en el sentido en que es, en una primera aproximación, testigo abierto, parece fijado, inmovilizado, en una

⁴³⁷ MARCELO PERCIA, «La locura desatada de sus manicomios», artículo de la Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo publicado en: <http://www.pagina12.com.ar/2001/suple/Madres/01-08/01-08-31/index.htm>

⁴³⁸ DONALD WINNICOTT, *El proceso de maduración en el niño*, Laia, Barcelona, 1979, p. 112.

⁴³⁹ IBÍDEM.

⁴⁴⁰ IBÍDEM.

⁴⁴¹ DONALD WINNICOTT, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Paidós, Buenos Aires, 1993, p. 165.

posición que lo deja incapacitado para restaurar auténticamente el sentido de aquello de lo que da fe, y de compartirlo en el discurso de los otros⁴⁴².

Sandor Ferenczi, cuestionando la frontera entre salud y enfermedad mental, en un texto de 1926 dedicado al aporte del psicoanálisis al movimiento de la higiene mental precisó que: «El análisis de la actividad psíquica en el *sueño* es el que ha hecho desaparecer por completo el foso entre enfermedad mental y salud mental, considerado hasta ahora infranqueable. El hombre más normal se convierte en un psicótico durante la noche: tiene alucinaciones, su personalidad sufre una transformación fundamental, tanto en el plano lógico como en el ético y el estético, y en general adquiere un carácter más primitivo»⁴⁴³.

Pichon-Rivière planteó que la psiquiatría, en muchas ocasiones, consuma una expulsión que ya se puso en marcha en el grupo familiar, indicando que cuando alguien enferma, la familia tiende a la exclusión del enfermo, actuando como un organismo cohesionado que activa un mecanismo de segregación. De esta manera se margina al supuesto enfermo para conjurar angustias que conciernen a todos. El enfermo pasa a ser un *emergente* de la problemática familiar, previa a su enfermedad, convirtiéndose de alguna manera en portavoz de cuestiones silenciadas en la propia familia. El que enferma da un testimonio aparentemente incoherente y que él mismo no comprende. Por paradójico que parezca, dice Pichon-Rivière, el loco tranquiliza y protege a los otros, pasa a ser depositario de ese resto o residuo que en realidad es nudo de la forma de vinculación familiar. La segregación del enfermo en ocasiones es sutil, y en otras es violenta, pero en ambos casos es desmentida, produciéndose un equilibrio en la constelación familiar al precio de la enfermedad de uno de los miembros⁴⁴⁴. El «enfermo», como señala Maud Mannoni, «asume las tensiones del grupo para salvar al conjunto»⁴⁴⁵.

Alphonse De Waelhens: una interpretación analítica y existencial de la psicosis. La mayoría de las concepciones psiquiátricas continúan siendo herencia de los orígenes de las nociones y clasificaciones de Kraepelin y Bleuler, esto es, la psiquiatría de mediados del siglo XIX. Kraepelin, desde un enfoque «causalista», lamentó tener que limitarse, en la mayoría de los casos, a describir la cara comportamental de los trastornos psicóticos, ya que le resultaba inaccesible la cara orgánica de los mismos. Para Kraepelin las alteraciones orgánicas del cerebro eran la «causa» de las enfermedades mentales y confiaba que en el futuro el avance de

⁴⁴² JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 3: Las psicosis*, Paidós, Buenos Aires, 2001, p. 190.

⁴⁴³ SÁNDOR FERENCZI, «La importancia de Freud para el movimiento de higiene mental», *Obras Completas II*, RBA, Barcelona, 2007.

⁴⁴⁴ ENRIQUE PICHON-RIVIÈRE, *Teoría del vínculo*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1985, p. 26.

⁴⁴⁵ MAUD MANNONI, *El síntoma y el saber*, Gedisa, Barcelona, 2001, p. 38.

la ciencia permitiera establecer una correspondencia entre el deterioro de células corticales y la patología observable, esto es, que una determinada entidad nosográfica tendría una correspondencia con una zona o haz de células concretas, centrándose fundamentalmente en el estudio de la esquizofrenia. Kraepelin propuso las nociones de hebefrenia, catatonía, paranoídis y siempre sostuvo la necesidad de distinguir entre paranoia y esquizofrenia, siendo posteriormente el psicoanálisis quien «dota a esta distinción con un criterio de principio»⁴⁴⁶. Kraepelin sostendrá que donde el paranoico «se mantiene», el esquizofrénico «se deteriora». Insistimos aquí en el punto donde Kraepelin busca el ideal de correspondencia entre lo orgánico y lo psíquico, investigando los fundamentos o procesos anatomofisiológicos y bioquímicos de las psicosis en general y de la esquizofrenia en particular. Ahora bien, consideramos que la perspectiva «causalista» se halla condenada a una absoluta esterilidad, ya que ninguna constelación de factores que puedan ser considerados por las ciencias naturales empíricas puede proporcionar o constituir el sentido de una conducta o discurso, ni puede dar cuenta de qué es la locura en el destino humano, ni cómo se introduce en él, por tanto, ¿de qué manera el investigador, el sujeto de la ciencia, puede llegar a conclusión alguna, situándose al mismo tiempo frente a su propio cuerpo, con su propio cuerpo, sus propios deseos, su sexo, su sexualidad, su muerte, su finitud, de qué manera puede dar cuenta de algo que también lo atañe, intentado reducir al sujeto de su investigación a un objeto sobre el que pueda emitir un juicio de valor nosográfico? Toda tentativa de colocar un comportamiento humano que presenta un conjunto de síntomas observables en una categoría psicopatológica, como efecto de disfunción neuroquímica o de una deficiencia orgánica sin más, está condenada a caer en un determinismo estéril y reduccionista.

De Waelhens puso en cuestión toda tentativa de hacer derivar las características de un comportamiento a partir de ciertas lesiones o deficiencias orgánicas, señalando que un tipo de lesión podría hallarse en el origen de un déficit de la memoria, pero no podría dar una explicación al hecho que por ejemplo una persona culta no recuerde como se llama la capital de Italia y confunda Suiza con un país limítrofe de Rusia, localizando con exactitud Manchester en Inglaterra, aunque nunca haya puesto pié en este país y sí en Suiza, donde residió. A simple nivel de la memoria, continúa De Waelhens, el problema es insoluble y conduce a falsas cuestiones. Considera que el problema debe ser articulado en el plano del *sentido* que asumen estos olvidos y estos menosprecios hacia la experiencia vivida. En general se pretende alcanzar la comprensión de los fenómenos psicopatológicos partiendo del

⁴⁴⁶ ALFONSE DE WAELEHENS, *Las psicosis. Ensayos de interpretación analítica y existencial*, Morata, Madrid, 1982, p. 15.

discurso y comportamiento del paciente, extrapolando signos y síntomas que vayan completando la matriz diagnóstica preestablecida en los manuales de psiquiatría, que proponen una estructura sindrómica idéntica para todos los enfermos; un determinado cuadro nosográfico estaría así constituido por una serie de criterios diagnósticos generales, como vemos en los recurridos trastornos de personalidad, etiqueta pseudoclínica muy recurrida a la hora de diagnosticar un paciente que no puede «colocarse» en una categoría definida.

Cuando llega a consulta un paciente con una problemática severa de apariencia psicótica, generalmente es traído por la propia familia cuando la situación cotidiana con el paciente es insostenible; en otros casos el paciente es derivado por una unidad de psiquiatría para contemplar la posibilidad de implementar un dispositivo de contención y acompañamiento intensivo. Sin ser una fórmula general, se observa que la figura habitualmente presente en esos primeros encuentros y entrevistas de valoración es la madre del paciente. Como ya se trabajará en el apartado que dedicamos a la familia, un paciente grave es habitualmente el emergente de una situación vincular conflictiva que compete a toda la familia, cosa que ésta difícilmente aceptará. Cualquier insinuación al respecto en las entrevistas familiares previas y de seguimiento no será admitida por los miembros de la familia. Un hecho observado y destacado una y otra vez por numerosos autores es la posición en la que se coloca la madre del psicótico, que bajo un manto de sacrificio y dedicación para con su hijo —que generalmente no para de reclamar que le sean reconocidos por los cercanos y por su propio hijo—, intenta imponer a su modo su propia ley a los suyos. Este intento e insistencia de querer imponer su propia ley es un hecho que difícilmente no tendrá efectos en el futuro sujeto, obstaculizando que éste produzca y construya su inserción en cualquier clase de «cadena simbólica»⁴⁴⁷.

Que la madre pretenda ocupar y ocupe esa posición en los espacios de subjetivización del hijo no necesariamente desembocará en la producción de una psicosis en éste, pero en todos los casos observados de psicosis esta posición materna queda de manifiesto de uno u otro modo. La madre del psicótico presenta serias dificultades para representarse el cuerpo del hijo como un cuerpo que pertenece a otro ser: sabemos por el relato de los propios pacientes de aquellas madres que por ejemplo duchan a sus hijos hasta edades avanzadas o incluso duermen con ellos en ausencia del padre. Todo aquello que a la madre le evoque la aportación paterna, es decir, la participación de otro cuerpo más allá del propio en la constitución biológica del hijo, será repudiado por la madre, sutil e inconscientemente, negando que el cuerpo del hijo «es el fruto de una unión sexual y que en tanto que ser sexuado, es también

⁴⁴⁷ IBÍDEM, p. 53.

hijo del padre»⁴⁴⁸. De este modo el discurso parental queda reducido a un soliloquio, esto es, al materno. En el siguiente esquema trataremos de representar lo que se dio en llamar el triángulo edípico, donde Lacan destaca la función capital de la que llamó «metáfora paterna», que consiste en la sustitución en el hijo del deseo de ser el «falo» de la madre por el *nombre-del-padre*, representante de la ley⁴⁴⁹. El padre, nos dirá Lacan, «está en una posición metafórica si y sólo si la madre lo convierte en aquel que con su presencia sanciona la existencia del lugar de la ley»⁴⁵⁰. Si esta interdicción paterna no se produce en los momentos estructurales para la formación de la subjetividad del futuro adulto, aun sin saber que efectos o consecuencias tendrá, la observación de casos concretos confirma inevitablemente que la ausencia del triángulo edípico puede resultar dramática. Y reiteramos, para que la interdicción paterna sea posible es necesario que sea la madre, a través del reconocimiento de la palabra del padre, la que lo permita. Ahora bien, la función interdictora de la figura paterna no está relacionada directamente con la presencia física del padre, ya que éste puede no estar presente con su cuerpo y su voz, pero sí a través del discurso de la madre que lo hace partícipe de la situación.

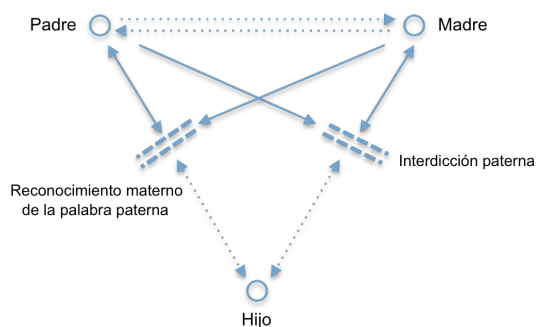


Figura 10. Triángulo edípico.

⁴⁴⁸ IBÍDEM, p. 53.

⁴⁴⁹ El uso del término «ley» en psicoanálisis en el sentido que le da Lacan, está en relación con el conjunto de preceptos y normativas que se instituyen en el psiquismo de un sujeto durante el período de la infancia, y que organiza el psiquismo del sujeto; la idea de «ley» está vinculada de este modo al concepto de «superyó» freudiano. La instauración de la «ley» corresponde a quien cumpla la función paterna, que puede ser o no el padre biológico del infante. Un padre devaluado por sí mismo o por el discurso de la madre, difícilmente podrá cumplir esa función reguladora del goce madre-hijo. El padre separa al infante de la madre, posibilitando de ese modo la integración del hijo en el orden de lo simbólico, a saber, el lenguaje. Además de imponer normativas inconscientes, la Ley organiza racionalmente al psiquismo del sujeto. En la sociedad capitalista contemporánea, tal como el propio Lacan anticipó en su texto titulado *La familia*, la *imago* paterna se muestra devaluada, el padre a duras penas sostiene su lugar como tal en la estructura familiar ante las exigencias económicas y sociales que la sociedad le impone. Véase «La declinación de la Imago paterna», *La familia*, Editorial Argonauta, Barcelona, 1978, p. 92.

⁴⁵⁰ JACQUES LACAN, *El Seminario 4: Las formaciones del inconsciente*, Paidós, Buenos Aires, 1994, p. 202.

Que la madre no pueda renunciar a ser colmada por su hijo representa un gran obstáculo para el acceso de éste a la ley del padre, a la metáfora paterna, metáfora que recuerda que la familia está en el mundo pero el mundo no es la familia, es decir, la madre debe *renunciar* a que el hijo sea un ornamento que colme la omnipotencia narcisista materna. Del mismo modo, si el padre no apunta su deseo como hombre a la mujer madre de su hijo, tampoco posibilitará a su hijo su lugar como ser deseante y la madre se refugiará sólo en su función de madre. Pero insistimos, estos avatares de la constelación familiar no dan lugar forzosamente a la génesis de una estructura psicótica en la descendencia parental.

Suele referirse en el ámbito sanitario a la esquizofrenia como sinónimo de psicosis, sin embargo la noción de esquizofrenia remite a una serie de rasgos propios que, en relación a lo antes dicho, podemos enumerar aquí:

- La imagen del propio cuerpo, que aparece en ocasiones como un cuerpo disgregado o extraño para sí mismo.
- El no acceso al orden de lo simbólico, manifiesto por el uso de neologismos, donde el sujeto presenta evidencias de confusión entre el significante y el significado, a pesar del uso en ocasiones de frases bien estructuradas, pero que en realidad el sujeto ha aprendido y utiliza trivialmente como frases hechas sin comprender su significado.
- Perturbación del triángulo edípico, donde, si nos remitimos al esquema anterior, el hijo puede situarse en el lugar del propio padre o remplazar a éste por personajes famosos o grandiosos, sustitución que pone en evidencia el deseo de ser su *propio* padre con su propia madre: la operación de forclusión del nombre-del-padre sustituye el triángulo edípico por una relación bipolar madre-hijo.

La significación del delirio. Entre las diferentes disciplinas que se ocupan de la problemática de las psicosis —la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis— existen divergencias conceptuales y clínicas a priori insalvables. La pluralidad de fenómenos, síntomas o accesos psicóticos que pueden ser considerados constitutivos de una «existencia esquizofrénica» son tantos que termina siendo arriesgado agruparlos en un conjunto de fenómenos y síntomas para determinar la presencia de un sujeto psicótico, puesto que muchos de esos síntomas emergen en sujetos normales o llamados neuróticos. Quizá sean la frecuencia e intensidad con que pueden manifestarse estos índices en un sujeto los factores que finalmente desemboquen en la

emisión de un diagnóstico de este tipo. En el caso concreto de un tratamiento analítico, el analista debe ser extremadamente prudente para no precipitar el uso del dispositivo clínico clásico, es decir, asociación libre, diván, etc. con aquellos pacientes que pueden presentar una psicosis latente, ya que dicho dispositivo puede producir un efecto de ruptura de la *compensación imaginaria* que sostiene al sujeto en una aparente *normalidad neurótica*, esto es, puede ocasionar el desencadenamiento de la psicosis. Massimo Recalcati destaca esta *coyuntura de desencadenamiento* por parte del propio tratamiento analítico recordando los trabajos del que fuera uno de los primeros discípulos de Freud, el psicoanalista vienés Paul Federn⁴⁵¹:

Federn deduce la posibilidad de que existan psicosis estructurales disfrazadas de neurosis. En ese sentido la psicosis permanece latente, mientras que la neurosis fenoménica es lo que se hace visible, aunque su tratamiento [psicoanalítico] puede erigirse en factor de desenmascaramiento de la psicosis misma. Por esta razón Federn llega a distinguir un funcionamiento estructural de tipo psicótico del sujeto ensombrecido por una neurosis que es, por otra parte, el índice de una especie de autoterapia por parte del sujeto ante su psicosis. Se entiende bien, entonces, que el propio psicoanálisis puede convertirse en un factor desencadenamiento de las psicosis si el «diagnóstico de psicosis no se emite a tiempo»⁴⁵².

Para Freud no todos los rasgos o episodios considerados esquizofrénicos o psicóticos son negativos, ya que, por ejemplo, un delirio es ya de por sí un intento de sustituir o reconstruir una realidad que es insoportable, siendo por tanto una tentativa de curación inconsciente por parte del propio sujeto. De esta manera y considerando que no todos los esquizofrénicos deliran, aquellos que sí lo hacen tienen un pronóstico más favorable, ya que a través del delirio como tal se intenta de algún modo restablecer un contacto con el mundo. En la vida cotidiana escuchamos, y en ocasiones participamos de ellas, discusiones entre interlocutores que pueden considerarse delirantes, si consideramos las realidades tan opuestas en que se sostiene cada uno de ellos: «Ud. dijo tal cosa», y el otro responde «No, Ud. me dijo tal otra», ejercicio anafórico delirante, que no conduce a ninguna posibilidad de acuerdo sobre lo que discute.

En la línea de Freud, destaca Pichon-Rivière que:

⁴⁵¹ PAUL FEDERN, *Psicología del yo y las psicosis*, Amorrortu, Buenos Aires, 1984.

⁴⁵² MASSIMO RECALCATI, *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*, Síntesis, Madrid, 2003, p. 188.

Un delirio en un paciente puede comprenderse como una tentativa de reconstrucción de su mundo interior y exterior (...) Las tensiones que acarrearón su enfermedad vuelven a parecer en el contexto del delirio, transformado y distorsionado, pero expresándose de nuevo como tentativa de resolución de un determinado conflicto. No es solamente su mundo individual lo que el delirante trata de reconstruir a través del delirio, sino toda la estructura, en primer lugar la familiar y secundariamente la social⁴⁵³.

Lacan señala que si mucho de los episodios de la historia de la psiquiatría son instructivos, es quizá mucho más por los errores que destacan que por los aportes positivos que resultaran de ellos, como el no tener en cuenta que en la palabra humana el emisor es siempre al *mismo tiempo* un receptor, que el otro no es el único que escucha al que habla ya que el emisor oye el sonido de sus propias palabras. En relación a la problemática de las psicosis y sus manifestaciones, verbales entre otras, la mirada diagnóstica de la psiquiatría fenoménica se sostiene en la llamada *teoría de la comunicación*, que afirma que la comunicación es un proceso mediante el cual se transmite información de un emisor a un receptor, que ambos comparten el mismo repertorio de signos y tienen códigos comunes, y que, salvo por error en la transmisión, reciben integralmente el mensaje emitido. El esquema que responde a dicha teoría sería algo así:

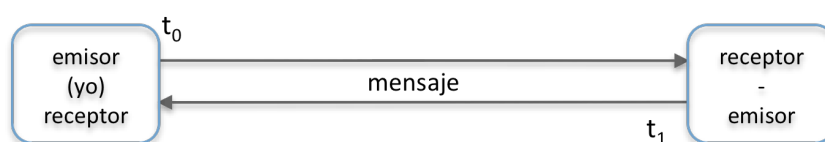


Figura 11. Teoría de la comunicación.

Lacan no cuestiona la validez de dicha teoría, que en todo caso compete al campo de la cibernética, pero sí su aplicación a la máquina humana, esto es, al aparato psíquico:

La teoría de la comunicación (...) se refiere más bien a códigos, los cuales en principio evitan las ambigüedades: no es posible salvo por error, confundir un signo del código con otro⁴⁵⁴.

Para formalizar ciertos aspectos de la teoría psicoanalítica, Lacan recurre a un esquema que es el primero que utiliza: el llamado esquema *L*, denominado así por su semejanza a la letra del alfabeto griego *lambda*. A través de este esquema intenta mostrar que la relación

⁴⁵³ ENRIQUE PICHON-RIVIÈRE, *op. cit.*, p. 26.

⁴⁵⁴ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1983, pp. 413-414.

simbólica entre el *Otro* (el lenguaje) y el sujeto está siempre bloqueada por el eje imaginario constituido por el pequeño reino del *yo* y su captura en su propia imagen, esto es, su imagen especular⁴⁵⁵; de esta manera el discurso del *Otro* llega al sujeto de forma distorsionada — invertida e interrumpida, dirá Lacan—.

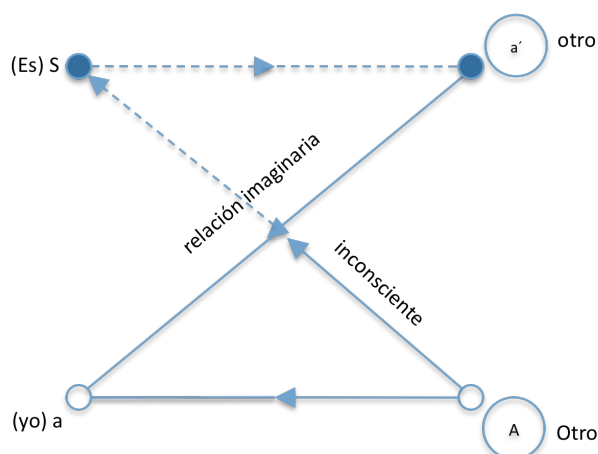


Figura 12. Esquema L.

La teoría de la comunicación plantea que la comunicación es un proceso simple que implica una persona que emite un mensaje (emisor) dirigido a otra (receptor). La experiencia psicoanalítica cuestiona este punto, ya que la palabra revela tener una intencionalidad que va más allá del propósito consciente: quien habla no sólo dirige un mensaje a otro sino que también se lo dirige a sí mismo. «En la palabra humana, entre muchas otras cosas, el emisor es siempre al mismo tiempo un receptor, que uno oye el sonido de sus propias palabras»⁴⁵⁶: la parte inconsciente del mensaje que el emisor se dirige a sí mismo es la intención inconsciente que está detrás, y de la que, por tanto, el sujeto no tiene conciencia alguna. El trabajo analítico consiste en que el paciente (analizante) escuche ese mensaje, y la condición de posibilidad de que esto se produzca es el trabajo de la interpretación por parte del analista. Lacan definiría la «comunicación» analítica como el acto mediante el cual «el emisor recibe su propio mensaje del receptor de forma invertida»⁴⁵⁷.

En el trabajo analítico, el analista debe posicionarse en algún lugar en A, esto es, en el registro simbólico. El esquema ilustra además el descentramiento del sujeto, ya que el sujeto

⁴⁵⁵ Lacan se refiere al reflejo del propio cuerpo en el espejo, pero incluso cuando no hay ningún espejo real el bebé ve sus movimientos y conductas reflejados en los gestos de un adulto o de otro niño. El ser humano es cautivado por esa imagen que proyecta en todos los objetos del mundo.

⁴⁵⁶ JACQUES LACAN, *El Seminario, libro 3: Las psicosis*, Paidós, Buenos Aires, 1983, p. 41.

⁴⁵⁷ ÍDEM, «Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis», *Escritos, op. cit.*, p. 287.

no está situado sólo en S sino que «está estirado en las cuatro esquinas del esquema»⁴⁵⁸; la versión simplificada del esquema es la siguiente:

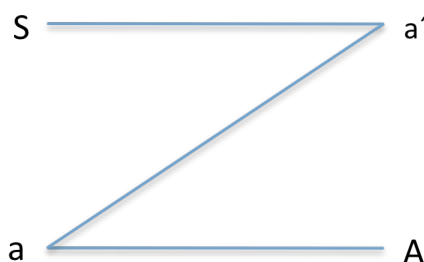


Figura 13. Esquema «L» simplificado.

El esquema L simplificado viene a mostrar que la condición del sujeto S (neurosis o psicosis) depende de lo que tiene lugar en el Otro A, articulado como un discurso: el inconsciente es el discurso del Otro, discurso cuya sintaxis Freud buscó definir por los trozos que en momentos privilegiados nos llegan de él, esto es: sueños, lapsus, rasgos de ingenio, chistes. El sujeto, nos dice Lacan, está estirado en los cuatro puntos del esquema, en:

- S: su inefable y estúpida existencia.
- a: sus objetos.
- a': su yo, esto es, lo que refleja de su imagen en sus objetos.
- A: el lugar desde donde puede plantearse la pregunta por su existencia.

Desde A es donde podría llegar a hilvanarse alguna pregunta, articulada en la experiencia del análisis, del orden de «¿qué soy ahí?»⁴⁵⁹: pregunta ética y a la vez angustiosa en relación con el lugar de la sexualidad, la muerte y la contingencia del ser, si se *es* hombre o se *es* mujer; pregunta inefable sobre la posibilidad de asumir o no el ser-para-la-muerte: ¿estoy vivo o muerto o soy inmortal?

Apólogo de Abraham. Otra forma de la psicosis es la paranoia, cuya definición resulta no menos problemática. Abordarla situándola en el plano de la comprensión nos puede llevar a un callejón oscuro. En el momento en que el clínico cree haber comprendido y emite un juicio en relación al caso en cuestión, cuando por ejemplo, como es habitual en las consultas y unidades de hospital, se hace el trabajo de traducción con la fórmula: «el sujeto quiso decir tal

⁴⁵⁸ ÍDEM, «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis», *Escritos*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2002, p. 531.

⁴⁵⁹ ÍBÍDEM.

cosa», se pierde toda posibilidad dialéctica más o menos comprensible con el paciente. Tengamos en cuenta que dos recursos habituales en los ingresos en las unidades de psiquiatría, estipulados en los protocolos de contención mecánica, son el uso de correas de sujeción y la segregación en salas de aislamiento de forma indiscriminada⁴⁶⁰. Se olvida que lo propio del comportamiento humano es el discurrir dialéctico de las acciones, los deseos y los valores, que hace que éstos no sólo cambien a cada momento, sino de modo continuo. Por tanto:

La posibilidad del cuestionamiento a cada instante del deseo, de los vínculos, incluso de la significación más perseverante de una actividad humana, la perpetua posibilidad de una inversión de signo en función de la totalidad dialéctica de la posición del individuo es una experiencia tan común que nos deja atónitos ver cómo se olvida esta dimensión en cuanto se está en presencia de un semejante, al que se quiere objetivar⁴⁶¹.

En el primer apartado de la clase 2 de su seminario sobre la psicosis, *La significación del delirio*, Lacan trae un caso de Karl Abraham, publicado en el artículo *Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz*⁴⁶². En él Abraham relata los casos de pacientes que con frecuencia expresan un deseo intenso por algún objeto, pero si lo obtienen ya pierden todo interés en él, no les produce ningún efecto, sujetos que muestran gran preocupación por ciertas cosas, pero luego dejan en evidencia que no tienen con ellas ningún lazo afectivo. En referencia a esto, Abraham relata el caso de un paciente que coleccionaba en gran número piedras comunes, diciendo que eran preciosas, atribuyéndoles un gran valor y guardándolas en una gaveta que finalmente por el peso acumulado terminó rompiéndose. Al ser retiradas las piedras el paciente protesta contra esta interferencia en sus derechos, pero no se lamenta por los tesoros perdidos, sino que comienza a coleccionar nuevas piedras. Lacan señala que acumular multitud de cosas sin valor, perderlas y volver a empezar, es una buena señal, ya que cuando el sujeto permanece apegado a lo que pierde, no puede soportar su frustración: sobrevalora los objetos perdidos. Volver a empezar la obra tras haber sufrido su pérdida puede ser comprendido en sentidos opuestos, así como lo hacen Abraham y Lacan, proporcionando del mismo caso dos interpretaciones distintas. Esto grafica la dificultad de abordar el problema de la paranoia en el plano de la comprensión.

⁴⁶⁰ Puede consultarse el manual *Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento* de JESÚS ANTONIO RAMOS BRIEVA, Barcelona, Masson, 1999, donde se describen los procedimientos de contención y aislamiento, así como en qué casos y situaciones pueden ser necesarios.

⁴⁶¹ ÍDEM, *El Seminario, libro 3: Las psicosis*, Paidós, Buenos Aires, 1983, p. 39.

⁴⁶² KARL ABRAHAM, «Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz», *Psicoanálisis clínico*, Lumen-Hormé, Buenos Aires, 1994.

En relación a la paranoia, Lacan plantea que hay un momento en que el sujeto experimenta la certeza de ser el blanco de una significación cuyo sentido es enigmático para él, momento de ruptura en el comienzo del episodio psicótico que Lacan denomina «momento fecundo»: el sujeto siente que algo le sobrevendrá, hay un precipitado y una cristalización. El momento fecundo siempre es sensible al inicio de una paranoia, donde se produce una ruptura. Ruptura que Kraepelin atribuye a causas internas y que Sérieux y Capgras, por su parte, buscan en un elemento emocional en la vida del sujeto, en una crisis vital que tiene que ver efectivamente con sus relaciones externas, y sería muy sorprendente que no fuera así, dice Lacan, tratándose de un delirio que se caracteriza esencialmente como delirio de relaciones. Lacan se interroga acerca de la ambigüedad que impregna la noción de paranoia y destaca que no es lo mismo un delirio de interpretación que un delirio de reivindicación, así como la conveniencia de distinguir entre psicosis paranoicas y psicosis pasionales, ya señalada por Clérambault. La dificultad de abordar el problema de la paranoia se debe precisamente al hecho de situarla en el plano de la comprensión: lo que Lacan definió como *fenómeno elemental*, *automatismo mental* en Clérambault, es irreducible a la comprensión. Lo importante no es que un momento dado de la percepción del sujeto, de su deducción delirante, de la explicación que dé, o su diálogo con nosotros, sea más o menos comprensible; que lo sea no tiene el más mínimo interés, lo llamativo es que es inaccesible, inerte, estancado en relación a toda dialéctica, como así sucede en las neurosis graves. El fenómeno elemental, cuando aparece, es un elemento de significación y repetitivo: el sujeto puede elaborarlo, darle una explicación, pero continuará repitiéndose al menos durante un tiempo con el mismo signo interrogativo implícito, sin que nunca le sea dada respuesta alguna, ya que el fenómeno está cerrado a toda composición dialéctica.

Fenómenos elementales. En los llamados fenómenos elementales, que Clérambault considera anideicos⁴⁶³, es decir, no conformes a una sucesión de ideas y por tanto no comprensibles para todo el mundo, se encuentran estructuras análogas, a nivel de la composición, la motivación, la lematización, a las del delirio: una misma *fuera estructurante* obra en el delirio, ya lo consideremos en una de sus partes o en su totalidad. Lo importante del fenómeno elemental no es entonces que sea un núcleo inicial, un punto parasitario, como decía Clérambault, alrededor del cual se construye el delirio. El delirio reproduce la misma *fuera constituyente*, y es también por tanto un fenómeno elemental, por lo que podemos decir que la estructura general de la psicosis está ya contenida en el fenómeno elemental. Para explicarlo, Lacan se

⁴⁶³ *Anideico*, lo no conforme a una sucesión de ideas, contrario a la deducción ideica, aquello que es comprensible para todo el mundo.

vale de una metáfora, según la cual estos fenómenos son elementales de la misma manera que lo es, respecto a la planta, cualquiera de sus hojas, ya que en todas ellas los detalles de la imbricación e inserción de las nervaduras revelan el conjunto de la planta —a modo de un holograma—, así que, analizando las variantes de una hoja, descubriríamos la planta a la que pertenece: la presencia del fenómeno elemental psicótico nos daría la existencia de una psicosis cuya organización general estaría contenida en esa matriz primaria que toma forma clara y precisa en el fenómeno elemental.

Las entrevistas previas. La cuestión de valorar mediante las entrevistas previas si un paciente es neurótico, psicótico o perverso, antes de abordar un tratamiento psicoanalítico, requiere de un saber profundo sobre la estructura psicótica. Confundir una histeria grave con una psicosis o al revés tendrá consecuencias en el devenir del tratamiento y, por ende, en el del paciente. Muchas jóvenes son ingresadas en hospitales psiquiátricos diagnosticadas como esquizofrénicas cuando en verdad son histerias graves las que están en juego, como en ocasiones sucede con el diagnóstico fenomenológico de anorexia: el hecho de que el paciente, sea hombre o mujer, presente signos evidentes de desorden en la ingesta de comida o un peso inferior al deseado ya sea por los criterios de la anatomía aplicada o por los de la familia o el médico, así como una marcada distorsión de su imagen corporal, en muchas ocasiones basta para que sea emitido un diagnóstico de psicosis. En el caso de los pacientes psicóticos, cuando existe la sospecha de que lo sean, buscar los llamados fenómenos elementales puede ser un sendero de trabajo. Los fenómenos elementales son una categoría de la psiquiatría clásica que Lacan retoma en su trabajo sobre las psicosis. El fenómeno elemental está estructurado y su estructura es la del lenguaje, tal como la del delirio, así que podemos decir que el fenómeno elemental es de alguna manera un delirio y el delirio es un fenómeno elemental.

Los fenómenos elementales pueden existir antes de la emergencia de un acceso psicótico, son fenómenos que el paciente puede no manifestar en el presente pero que en algún momento del pasado emergieron. Son considerados *fenómenos elementales*:

- Fenómenos de *automatismo mental*, como escucha de voces (del discurso de otros) que irrumpieron en algún momento de la infancia, la adolescencia y que están silenciados o encubiertos en el presente.
- Fenómenos *corporales* de descomposición, de extrañeza respecto al propio cuerpo, de despedazamiento del mismo.

- Fenómenos de *distorsión temporal* y de *dislocamiento espacial*.
- Fenómenos que conciernen al sentido, mensajes o signos del mundo que según relata el paciente le están destinados, dirigidos a él en exclusiva y que contienen una significación.

En relación a los fenómenos de extrañeza ante el propio cuerpo, puede llegar a ser difícil distinguir si lo que subyace es una histeria o una psicosis, ya que en determinado momento un sujeto histérico y un psicótico pueden llegar a expresarse del mismo modo respecto al cuerpo propio. Lo mismo puede suceder en ciertas neurosis obsesivas, donde una obsesión puede parecer un delirio o confundirse con un automatismo mental. También puede confundirse una psicosis con una perversión: sabemos que la expresión de actos y enunciados insistentemente sexuales en las psicosis puede deslizar al clínico desprevenido a emitir un juicio erróneo y confundir un acto perverso con una estructura perversa, que, como sabemos, no son lo mismo. En todo caso, para no confundir un fenómeno psicótico con una estructura perversa, es útil tener en cuenta que un perverso rara vez recurre a un tratamiento, salvo para evitar alguna circunstancia que no le interese, por ejemplo, responder por sus responsabilidades familiares, sociales, laborales, ya que él ya sabe todo lo que respecta al goce (sexual). Sí podemos encontrar sujetos neuróticos con un goce perverso que acuden a tratamiento ya que se interrogan por su deseo, por el sentido de su goce, que les ocasiona un malestar excesivo; también sabemos de la existencia de muchos perversos que recurren a una formación psicoterapéutica (ya sean psicólogos, analistas, psiquiatras, educadores, etc.) para autorizarse como «profesionales psi» con el objeto de satisfacer la pulsión perversa de pretender rectificar el modo de goce de los semejantes, como observamos en la práctica cotidiana en centros e instituciones del campo de la salud mental.

Locura como posibilidad de la existencia. El pensamiento científico encuentra dos grandes obstáculos en relación con dos constructos psicológicos: la conciencia y la razón. Apelando al poder de la razón el ser humano cree poder acceder a todo conocimiento, una pretensión ésta a la que Kant puso fuertes límites en su *Crítica de la razón pura*, argumentando que lo que las cosas son «en sí», más allá de la forma en que se presentan a la percepción consciente, escapan a quien las observa. Aun así, tanto la psiquiatría como las disciplinas «psi» siguen considerando que la realidad puede aprehenderse con la observación inmediata. Como

señalara Ricouer, «(...) la conciencia, lejos de ser la primera certidumbre, es una percepción que exige una crítica semejante a la aplicada por Kant a la percepción exterior»⁴⁶⁴.

Para desplegar y trabajar las complejas problemáticas de los padecimientos anímicos del ser humano es necesario, evitando caer en un eclecticismo, que sería inaceptable, disponer de las contribuciones que el pensamiento filosófico ha aportado al intento de acercarse a pensar la locura como «una *posibilidad intrínseca de la existencia misma*»⁴⁶⁵ y no como «una enfermedad como la tuberculosis o la ictericia, es decir, un conjunto de perjuicios provocados en el organismo por una noxa exterior»⁴⁶⁶ y no deducir a partir de los fenómenos observables (síntomas, actos o accesos delirantes) una enfermedad mental. Para ello es menester alejarse de la rígida ideología psiquiatrizante y sus ramas o apéndices, como son algunos modelos «psi» y la psicofarmacología que dominan el territorio de lo que se ha dado en llamar «salud mental», ideología que sostiene un modelo neurobiologicista del psiquismo propio del siglo XIX, y que reduce los tratamientos al uso y abuso de neurofármacos con los que parte de los sanitarios que los prescriben oculta su propia falta de saber sobre los atolladeros y enigmas del psiquismo.

Para intentar implementar un marco de trabajo en la psicosis, éste debe estar regido por la palabra y la escucha, como el de cualquier otro padecimiento anímico. En los casos considerados graves es generalmente necesario administrar algún psicofármaco que limite el desbordamiento de actos del sujeto, pero sabiendo que el fármaco, que por sí solo no constituye un tratamiento, es un recurso de contención junto a un dispositivo de acompañamiento terapéutico consensuado y pactado por la partes implicadas, en lo que sería una situación ideal y deseable, que brinde acogida al paciente. De este modo, al conseguir un mínimo de estabilización del fenómeno psicótico, puede emerger la posibilidad de instaurar un marco de trabajo donde la palabra cobre valor, ya que recurriendo exclusivamente a la camisa química sólo se taponarán las manifestaciones sintomáticas o delirantes, como si éstas por sí mismas constituyeran la enfermedad, sin considerar los *significantes-clave* en juego, que tendrán diferente valor para cada sujeto más allá de los comunes propios de cada cultura.

En las psicosis, en sus diferentes grados, las temáticas recurrentes de los delirios, es decir, los *significantes-clave*, giran habitualmente en torno al dinero —poder, delirios de grandeza, megalomanías— y a la sexualidad —erotomanías— o a la cuestión de la filiación —esto es, la novela familiar imaginaria y la historia afectiva de cada sujeto, que puede desembocar en la creencia de ser descendiente de un ser superior, poderoso, divino o inmortal. También se

⁴⁶⁴ PAUL RICOEUR, *Freud: una interpretación de la cultura*, Siglo XXI, México D.F., 2002, p. 106.

⁴⁶⁵ ALPHONSE DE WAELENS, *Las psicosis. Ensayos de interpretación analítica y existencial*, op. cit., p.236.

⁴⁶⁶ IBÍDEM.

pueden producir delirios de persecución consecuencia de estas temáticas clave. Es interesante destacar que los significantes-clave que están en juego en la psicosis son, en definitiva, las mismas problemáticas indiscernibles para el neurótico, a saber, la *sexualidad*, el *dinero*, la *muerte*, pero que en éste se manifiestan de diferente modo.

«Delirar» viene del vocablo latino *lira*, que significa surco, y el prefijo *de* indica *salir de*, *abandonar*, esto es, el delirante es aquel que se sale del surco de la realidad, pero ¿de qué realidad? La del psiquiatra que lo evalúa para emitir un diagnóstico. Hay infinidad de casos en la clínica que demuestran lo inútil de querer convencer a un sujeto que delira de que las cosas no son como él las dice. Recordemos por ejemplo el caso de una mujer anciana que afirmaba estar embarazada: ante su insistencia los médicos le realizaron los estudios clínicos para «demostrarle» que no era así; enfrentada a las pruebas radiológicas, sin embargo, la mujer afirmó, llegando luego a denunciar a los médicos, que los sanitarios le habían provocado un aborto con las radiaciones de las máquinas de exploración.

El delirio cumple una doble función que no debe desconsiderarse: por un lado, al igual que un sueño, viene a satisfacer un deseo y por otro es un intento omnipotente narcisista de curación.

D. TOXICOMANÍAS: EL MALESTAR EN LA ADICCIÓN

La toxicomanía precipita un saber y causa una prisa por concluir.

Sylvie Le Poulichet.

Definición de «drogodependencia». Existen múltiples definiciones de drogodependencia, entre ellas podemos citar la de la O.M.S. que la considera un «estado psíquico y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas de comportamiento que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar efectos psíquicos o en ocasiones evita la sensación desagradable que su falta ocasiona»⁴⁶⁷. Por su parte, el DSM-IV considera la drogodependencia como «una categoría diagnóstica que se observa por la presencia de signos y síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que señalan que el individuo ha perdido el control del uso de sustancias psicoactivas y las sigue consumiendo a pesar de las consecuencias negativas», pasando a enumerar los criterios para establecer el diagnóstico de

⁴⁶⁷ O.M.S., *Glosario de términos de alcohol y drogas*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2008.

dependencia de sustancia por la presencia de diversos signos por un período continuado de doce meses, entre ellos:

- Abstinencia
- La sustancia es consumida por un periodo mayor de lo que se pretendía
- Existencia de un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.
- Empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales, recreativas debido al consumo.
- Consumo a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo.

La presencia de tres de estos síntomas durante un periodo mínimo de un mes permite efectuar el diagnóstico de dependencia de sustancias, abordando ambas definiciones la cuestión descriptiva de la conducta de consumo. Al igual que ocurre con otros trastornos relacionados con sustancias, la adicción se acompaña a menudo de otros trastornos psiquiátricos: unos siguen al inicio del consumo adictivo, como los trastornos del estado de ánimo, y consumo de alcohol, otros parecen ser previos, como trastornos de ansiedad, trastorno de la personalidad, déficit de atención. Los estudios clínicos sobre comorbilidad señalan que los trastornos asociados más frecuentes son:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastornos bipolar tipo II
- Trastorno ciclotímico
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno antisocial de la personalidad.

Con lo cual hay un momento previo a la adicción, y unos efectos producto de ella, tal como lo reflejan los manuales DSM-IV. La presentación simultanea de patología psíquica y adictiva es lo que se ha denominado «patología dual», donde tanto la patología psiquiátrica como la adictiva pueden ser causa o resultado de la otra.

Intervenciones interrogadas. Toda intervención clínica estará relacionada con la concepción que se tenga de los términos «salud» y «enfermedad»: las estrategias terapéuticas nunca van separadas de los presupuestos conceptuales o ideológicos que las sostengan. Una idea

extendida en la práctica sanitaria sostiene la necesidad de dar una solución práctica y rápida a la enfermedad. Con respecto a las toxicomanías, las prácticas clínicas cuyo soporte epistemológico es la teoría psicoanalítica buscan *restituir* un lugar a la subjetividad destituida en el sujeto toxicómano, esto es, «dar la palabra» al sujeto, siguiendo la concepción hipocrática de establecer un diálogo clínico con el paciente, lo que implica la «construcción» del diagnóstico entre médico y paciente, a través de la escucha y la circulación de la palabra que, en el caso, por ejemplo, de los pacientes toxicómanos, se interrumpió o no se produjo nunca. En todo malestar psíquico, el recurso exclusivo a anestésicos y lenitivos estandarizados, que en un principio calman o alivian el dolor psíquico o físico, no permite por sí solo esta restitución de la subjetividad, al no contemplar la singularidad de cada caso.

En el trabajo cotidiano con los equipos de acompañamiento que coordina nuestra asociación, los pacientes acompañados en sus traslados institucionales, citas médicas, salidas, en las visitas al domicilio o residencia, van relatando su historia, las diferentes situaciones que han vivido o han provocado, reformulándola, y asumiendo de alguna manera su parte de responsabilidad en lo que les ocurre. Los enfoques terapéuticos, que trabajan sobre la parte observable del fenómeno de consumo, al no considerar el concepto de inconsciente rápidamente asocian el hábito de consumo a una estructura en sí, sin considerar que tras de él subyace un síntoma psíquico complejo. No podrá producirse ningún efecto «terapéutico» mediante la insistencia en decir a un paciente que deje de consumir drogas, ni mucho menos será de utilidad alguna prevenirle de lo perjudicial que puede resultarle consumirlas, ya que sabemos que la prevención de aquello que obviamente puede llegar a ser perjudicial, es decir, impulsar su evitación, opera inconcientemente en el mismo nivel discursivo que el de la promoción.

¿Pero cómo trabajar terapéuticamente con un sujeto frágil que tras un semblante de dominio, de control omnipotente, encontramos que es incapaz de lidiar con la angustia del existir, imposibilitado de tolerar la *espera*? Generalmente, hay un tiempo prolongado, entre esos primeros indicios de debilidad, esto es de consumo, y la respuesta y reconocimiento de los episodios de consumo por parte del entorno familiar, social, escolar, etc.; a las familias por lo general les cuesta asimilar la situación, es decir, aceptar que aquello que han visto fuera de su núcleo familiar, en la calle, en los medios de comunicación, les esté ocurriendo a ellos.

El malestar contemporáneo. Las adicciones constituyen un *síntoma social*, que pone en evidencia un padecimiento personal y las condiciones del malestar en nuestra cultura. Todos somos *adictos* en potencia; las sustancias «generadoras» de adicción revisten una serie de

atractivos desde los más «licenciosos» a los más «virtuosos»: alcohol, sexo, drogas, las nuevas tecnologías y sus objetos de consumo, etc.

La civilización va dejando grietas ante las cuales los sujetos no siempre pueden responder de la mejor manera. La pregunta que surge aquí sería: ¿qué elementos personales, sociales y familiares están en juego para que algunos sujetos se tornen consumidores en exceso y pasen a ser adictos? El discurso social a través de sus medios publicitarios nos habla del bienestar obtenido por el «objeto adecuado» para satisfacer cualquier necesidad, en este sentido el toxicómano está en la delantera de una sociedad concebida para satisfacer paradójicamente el *principio del placer* (inmediato), cortocircuitando la palabra, el trabajo, el amor, el deseo, el reconocimiento del otro. Mientras el sujeto está incorporado a la maquinaria social productiva, por ejemplo, el drogadicto «ejecutivo» que puede pagar su droga o el que toma antidepresivos sin control y puede continuar sus actividades cotidianas, la problemática permanece oculta, en silencio. Cuando un sujeto consume sustancias (estimulantes, antidepresivos, alucinógenos, etc.), cree obtener algo que potencia su relación con el goce. Ser hoy «anoréxico», «bulímico», «toxicómano», da una identidad al sujeto, al precio de un estrago en la vida. El sujeto cree que puede sostener esa falsa identidad así como cree en la posibilidad de que hay un «control» en el consumo. Sin embargo, el toxicómano no es aquel que ha perdido dicho control, sino un sujeto que ha renunciado a responder sobre las consecuencias de sus actos, que ha renunciado a preguntarse si existe otra posibilidad que no sea la de obedecer al imperativo de consumir; el toxicómano con la etiqueta pertinente («soy cocainómano») enarbola una identidad que posee el valor de una máscara, un simulacro, que debería desmontarse en el transcurrir de un trabajo terapéutico, para que las verdaderas preguntas que el paciente no supo formular se produzcan y sean escuchadas. Ningún grupo o estrato social es exclusivo de las adicciones: las clases bajas «recurren» a ellas por la falta de contención social y perspectivas de futuro, ya que al estar «fuera» del sistema parece necesario anestesiar el dolor de una no-existencia. Por su parte las clases altas recurren a la adicción en «búsqueda de emociones». La problemática de los padecimientos psíquicos, y de la toxicomanía entre ellos, interroga a los diferentes discursos y saberes sociales: al jurídico, al médico, al sociológico y principalmente al económico-político de la sociedad.

Si consideramos el consumo como una tentativa de defensa y de huida, encontramos en las toxicomanías síntomas como angustia, tristeza, depresión, sentimientos de vacío, pasajes al acto (gestos autolíticos, autoagresiones), conductas antisociales, estados psiquiátricos confusionales, entre otros, muchos de ellos previos a cualquier consumo. Cuando emergen, el sujeto recurre al efecto tóxico que le proveen la drogas, ya que estas sustancias apaciguan o

previenen el dolor, produciendo euforia y estimulación. Las drogas causan en quien las consume una inflación sin valor del narcisismo y le impiden a su vez percatarse del progreso de autodestrucción en el que se adentra. Destacando los aspectos maniacos del consumo, la droga es empleada como una defensa permanente contra el dolor. Así encontramos una relación de la adicción con los estados melancólicos y el posterior acto maníaco de consumo, que desemboca en la adicción, sin dejar de considerar los diferentes efectos neurofisiológicos propios de cada sustancia. Podemos decir que con el (ab)uso de sustancias se intenta modificar un estado de ánimo o transgredir una realidad (psíquica) percibida como intolerable.

Toxicomanía: ¿estructura, síntoma, síndrome o enfermedad? La simple observación de pacientes adultos muestra cómo quedan de alguna manera «fijados» a la edad en que comenzaron a consumir, fenómeno observable a través de estados de provocación infantiles o mediante la búsqueda de soez complicidad, como se comprueba, por ejemplo, en el consumo de cocaína en los lavabos de locales públicos, donde surge una espontánea, aparente e «intensa» amistad en un intento de «compartir» que sólo dura hasta el momento en que amanece. En el fenómeno de las toxicomanías la cuestión del llamado «diagnóstico diferencial» es muy delicada, ya que junto a los efectos tóxicos producto del consumo intoxicación pueden emerger trastornos psíquicos funcionales, como pueden ser una pseudo-perversión por la desinhibición que provoca la sustancia, hasta una cuasi-psicosis, ataques de pánico, etc., estos es, las drogas pueden producir ciertos efectos propios de cuadros como la psicosis, con alucinaciones auditivas, visuales, etc. También se observan situaciones donde el sujeto presenta una pérdida de la realidad producto de un proceso psíquico previo y utiliza la droga para atribuir a ésta dichas sensaciones. Algunos enfoques médicos y psicosociales que trabajan sobre la parte observable del fenómeno de la «drogodependencia», al no considerar el concepto de inconsciente, rápidamente asocian el hábito de consumo a una estructura psicopatológica en sí. La toxicomanía es una constelación sintomática —que puede presentarse tanto en las neurosis, las psicosis, como en las perversiones— extremadamente compleja que no puede aislarse y ser tratada como una enfermedad en sí misma. Al tratarla de este modo, las técnicas terapéuticas más habituales consideran que si el paciente no consume está curado, equiparando de esta manera lo psíquico con lo observable, esto es, la conducta; este punto de vista sería difícil de sostener cuando se producen las llamadas erróneamente «recaídas». Este enfoque centrado en el fenómeno observable sitúa las intervenciones terapéuticas —desintoxicación, metadona, fármacos— en el mismo plano que la

sintomatología que presenta el sujeto, como sucede con la ingesta de antidepresivos, donde el psicofármaco ataca al síntoma, y de esta manera pasa a formar parte de la patología, lo que implica por ejemplo que, si el sujeto olvida la toma del antidepresivo, «se deprimirá». Bergeret⁴⁶⁸ plantea que no existe ninguna estructura específica de las adicciones, ya que éstas serían una tentativa de defensa y de regulación contra las deficiencias; afirma Bergeret haber encontrado en sus investigaciones signos semejantes en las toxicomanías y en los estados límites (borderline). En cualquier caso consideramos más pertinente hablar de toxicomanías que de drogodependencias o adicciones, puesto que más que una dependencia de una sustancia se observa en los pacientes una tendencia maníaca a intoxicarse.

El sujeto toxicómano. El sujeto que recurre a una sustancia con la ilusión de poder superar debilidades, un malestar o su impotencia ante las exigencias de la vida cotidiana, en lugar de liberarse de éstas, termina esclavizado a la droga. El adicto vive en un permanente malentendido, en ocasiones racionaliza su patología en términos de una ideología de vida, o mejor dicho de muerte, asumiendo un delirio diferente en su contenido al fenómeno que conocemos en las psicosis, pero similar en su estructura, si consideramos que el eje de un delirio reside en no responder al juicio de realidad. En la búsqueda maníaca de placer, se daña, en la búsqueda de encontrar un sentido a la vida, se mata, en su afán de independizarse de los lazos sociales, vínculos simbióticos humanos no resueltos, se procura una simbiosis química, tóxica. En su intento de ser, vive como un no-ser, envuelto en una fantasía maníaca y omnipotente de vencer la finitud, de llegar a ser inmortal, fracasando en su búsqueda de una identidad propia; recurrir a la intoxicación para resolver conflictos internos, desemboca en ocasiones en actos delictivos para procurar la sustancia, estableciéndose de esta manera un modo psicopático y narcisista de existencia, donde sólo cuenta la propia necesidad, sin considerar ni la necesidad ni la seguridad del otro, que deja de ser un semejante.

Para el toxicómano el otro pasa a ser un instrumento, un medio, y cuando éste no responde a las demandas narcisistas, el sujeto adicto puede llegar a ponerse extremadamente violento, paranoico; para el toxicómano no existe el «no», no es un paciente, es im-paciente, es incapaz de tolerar las frustraciones, no puede esperar. En general a estos pacientes los «llevan» a un tratamiento, ya que perciben que «curarse» es un pésimo negocio, puesto que significa enfrentarse a todo aquello de lo que huyeron al recurrir al mundo mágico-ilusorio de las drogas: vivencias insoportables de vacío, depresión, impotencia, etc.

⁴⁶⁸ JEAN BERGERET, *La personalidad normal y patológica*, Gedisa, Barcelona, 1980.

Es habitual observar el modo en que el toxicómano, en frecuentes ocasiones, intenta sabotear el trabajo terapéutico, por ejemplo pidiendo concesiones: por lo general, quiere que le dejen hacer lo que él quiere; cualquier medida terapéutica que vulnere su narcisismo, su posición o que signifique un límite a su goce paradójico, es resistido, burlado de todas las maneras posibles, en ocasiones con la complicidad de su propio entorno. Un momento crucial en el tratamiento es cuando el sujeto parece recuperar su capacidad de «vivir sin drogas», y vuelve a salir de la casa, del centro donde estuvo ingresado, etc., y debe volver a enfrentarse a las realidades y exigencias de la existencia, de la vida cotidiana, de las que huyó a través de las drogas. Ahí es cuando en muchas ocasiones se produce el fenómeno llamado de «recaída», cuando en realidad, si el sujeto vuelve a consumir, lo que sucedió en ese intervalo fue una suspensión temporal del consumo, y al no poder soportar los límites y exigencias de la vida cotidiana y el vínculo social, esto es, el compromiso como hombre, mujer, trabajador, etc., vuelve a refugiarse en la sustancia.

Cuando un sujeto se intoxica, vive de forma parcial o total la ilusión transitoria de ser otro, junto a la creencia imaginaria de que el consumo es controlable, que puede dejarlo cuando quiera. El sujeto no reconoce en el acto adictivo el daño que va produciéndose a sí mismo y cómo se va convirtiendo en un ser deteriorado, impotente física, sexual y psíquicamente. El tóxico produce una supresión artificial de un conflicto psíquico; cuando el efecto toxico desaparece, el sentimiento de vacío y de angustia reaparece, y la depresión melancólica resurge con características cada vez más devastadoras para el sujeto, que, bajo la creencia de que no está tomando la dosis letal, se va insensibilizando cada vez más ante las evidencias de su derrumbe. El acto impulsivo de consumo es percibido por el paciente como algo urgente, irrefrenable, determinado por un impulso irresistible de satisfacer su necesidad, incapaz de postergar. En las toxicomanías se manifiesta la impotencia y la angustia para tolerar la frustración: el toxicómano sufre un dolor insoportable en su psiquismo que lo lleva al consumo de tóxicos para eludir el mismo.

Adolescencia y fuga paradójica. Diversas teorías que intentan dar cuenta del fenómeno plantean que las carencias o excesos en la función materna de «holding» (contención) pueden distorsionar el «desarrollo afectivo primario del niño»⁴⁶⁹ con el riesgo de crear una imposible etapa de individuación-separación⁴⁷⁰, generando, en el caso del exceso de cuidados, una dependencia al objeto primario, que puede desembocar en la creación de neo-necesidades, preludios de la dependencia adictiva. De esta manera el objeto de adicción pasaría a ser un

⁴⁶⁹ DONALD W. WINNICOTT, *La familia y el desarrollo del individuo*, Hormé, Buenos Aires, 1980.

⁴⁷⁰ MARGARET MAHLER, *Estudios I: Psicosis infantiles y otros trabajos*, Buenos Aires, Paidós, 1994.

sustituto del objeto de la necesidad, que no va a permitir nunca reencontrar el objeto sexual primario, el objeto de deseo que no ha podido constituirse en objeto perdido. El objeto de adicción (*farmakon*⁴⁷¹) distorsiona el objeto de la necesidad con el del deseo, confunde ambos. Este enfoque confronta a la adicción con la falta, el vacío a colmar, a través de la comida, el alcohol, la droga, etc. que lanza a una búsqueda repetitiva de una «satisfacción» que sólo tiene un efecto provisorio que relanza la insatisfacción. De esta manera el fenómeno adictivo puede ser considerado en sus relaciones con la depresión, la pérdida y la falta. El adicto convierte un objeto, a priori de placer, en un objeto de necesidad, creyendo maníacamente a su vez que toda necesidad puede ser satisfecha. Por tanto la adicción, esto es, la patología observable, encubriría otra más profunda, un conflicto psíquico, que, de no ser considerado en un tratamiento, aumentará la posibilidad de que el paciente reincida. Las políticas de prevención «moralistas» del tipo «Drogas No», «Alcohol No», etc. no contemplan el nivel del deseo psíquico de un sujeto: por ello, al no considerar el concepto de *negación*, muchas campañas de *prevención* fracasan o consiguen el efecto contrario, esto es, *promover* lo que prohíben —véanse por ejemplo en Gran Bretaña en los años noventa las campañas de prevención de embarazos «no-deseados» en la adolescencia, o las actuales campañas de alertas sobre los peligros del tabaco, a pesar de las cuales el consumo del tabaco se ha incrementado, ahora en el formato de tabaco suelto—.

Cualquier objeto puede generar adicción, ya que ésta no depende de aquél sino del sujeto y sus vicisitudes. Entendemos que la conducta, el hábito adictivo, tiene un lado no observable que pasa desapercibido en ocasiones para la mirada médica y social. En la constitución del psiquismo del sujeto toxicómano algo falló y de esta manera él queda indefenso y sin respuestas ante las exigencias de la sociedad, optando por un objeto, en este caso la droga, sobre el que cree encontrar un espacio de dominio y poder, pero del que termina siendo esclavo. En un tratamiento integral de un sujeto adicto no se trata de «rehabilitarlo», sino de «nombrarlo» (no etiquetarlo) y en su caso «habilitarlo» como sujeto psíquico que reconozca que no todo se puede tener, que habrá siempre una privación, un límite, una imposibilidad: una vez instalada la toxicomanía, para el adicto no hay postergación ni sustitución posibles.

⁴⁷¹ Reflexionando sobre la cuestión de la «abstinencia» Sylvie Le Poulichet, habla de la *operación de farmakon*. La falta del tóxico tiene efectos en el soma, el cuerpo y en lo psíquico, creencia ésta que plantea la existencia de una dependencia doble. Siguiendo el pensamiento freudiano en relación a la histeria, Le Poulichet considera la correspondencia sintomática de estos dos diferentes registros: el psíquico y el somático. El *farmakon* parece prestar un cuerpo al toxicómano, su ausencia evoca una forma de mutilación; en palabras de un paciente: «Sin droga ahora es como si estuviera amputado, es como si me faltara un miembro del cuerpo y me doliera... es un miembro fantasma»: SYLVIE LE POULICHET, *Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo*, Amorrortu, Buenos Aires, 1994, p. 53.

Uno de los fenómenos más significativos en las adicciones es el que manifiesta en el terreno de la sexualidad: en la mayoría de los sujetos la sexualidad se difumina, o sólo se la practica como medio para obtener más sustancias. También es común escuchar decir a quien se droga que toma «unas rayas para tener más sexo», pareciendo decir de este modo el sujeto que se droga para tener unas relaciones que en realidad no desea tener. Para algunos sujetos, la toxicomanía es una manera de dar alguna forma a la existencia, de relacionarse con lo que les rodea, con un cuerpo físico que a veces llevan como ajeno. En algunos adolescentes se observan intentos «emancipatorios», fuga paradójica de las pautas y valores que representa la institución familiar, desconectándose en un intento de situarse en un lugar inaccesible al gobierno del otro, a modo de defensa, donde la droga les permite sostener su acto de fuga, ejerciendo un dominio sobre la escena familiar, confrontando a los miembros con sus propios límites al no poder contener éstos la situación, lo que lleva en ocasiones a la familia a justificar su impotencia mediante factores externos como la propia droga, el entorno, la enfermedad del adicto, etc. Ahora bien, ¿qué sería lo que imposibilita a ese adolescente demandar a través de un camino diferente del de la intoxicación? Algo está impedido en el decir, en la palabra, resulta indecible para él y para su entorno. Surge aquí otro interrogante: ¿*por qué* la droga es el objeto de elección y no otro? La droga viene a dar una identidad de poder al consumidor, aportándole un «nombre», una identidad clínico-social: «heroínómano», «cocaínómano», etc., a la que el sujeto se aferra, ya que de alguna manera le aporta un beneficio (un cortocircuito), esto es, un lugar de reconocimiento frente al otro y frente a su propio vacío. La sustancia no es sólo un tóxico, es un significante, una palabra, un intento de dar respuesta a un interrogante, una respuesta precaria a una pregunta que el propio sujeto no puede formular.

El periodo de la adolescencia implica una ruptura con el aparente equilibrio obtenido en las etapas infantiles; los cambios biológicos y corporales incrementan la angustia del vivir, produciéndose en esta etapa crucial en la vida al menos tres tipos de pérdida o duelos:

- duelo por la pérdida del cuerpo infantil;
- duelo por la pérdida de la identidad y de los roles de la infancia;
- duelo por la pérdida de los padres imaginarios de la infancia.

El adolescente intenta resolver sus conflictos mediante la adhesión a sustitutos, objetos o grupos de pertenencia que pasan a formar una familia paralela en su vida. El trabajo terapéutico con adolescentes requiere, idealmente, un análisis de la familia del adicto, de los

vínculos padre-madre, madre-hijo, del lugar que ocupa el padre en su función reguladora de límites y contención, de la función materna y del lugar que el hijo ocupa en el núcleo familiar.

Comunicación y lenguaje del sujeto toxicómano. La clínica muestra que aquellos que incorporan las drogas a su reducido repertorio de repuestas a las exigencias de la vida, pasan a ser diferentes a los demás, pero terminan pareciéndose entre ellos: incluso en diferentes ambientes, lugares, culturas, religiones, etc., se registra un fenómeno lingüístico y físico donde las modalidades de comunicación son predominantemente preverbales. El lenguaje del toxicómano se limita a un gesto, un reclamo, un reproche, una exigencia, reduciendo las relaciones a vínculos elementales de contacto, pobres en contenido, reiterativos, insistentes, donde los actos predominan sobre la palabra o el discernimiento. El acto constituye el lenguaje central del adicto, por tanto el trabajo con estos pacientes requiere la construcción de un espacio donde la palabra recupere su valor ante la conducta. En todo caso, la palabra en el adicto le sirve para manipular al otro sin reconocerlo como otro semejante, sino viéndolo como un medio para sus fines e intereses. Sabemos que vivimos en una sociedad psicotóxica, de enriquecimiento «ilícito», público y privado, donde estar sin trabajo (empleo) es un estigma y donde paradójicamente el trabajo es una carga proveedora de aburrimiento y frustración. Una sociedad altamente dominada por la química y los fármacos: se fuma compulsivamente, se bebe ante cualquier contratiempo, se toman ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño, potenciadores sexuales, etc. El sujeto humano, podemos decir, es el único animal que se muestra contrario a su condición biológica: nacer, crecer, reproducirse y morir son procesos de difícil aceptación, nos queremos mantener jóvenes, queremos disfrutar lo máximo posible con el menor esfuerzo, recurrimos a técnicas de restitución estética, sustancias, etc., lo que plantea que en el imaginario social planea un deseo inconsciente de inmortalidad.

El lugar de las instituciones en las toxicomanías. El recurrir a las drogas es un modo paradójico de aferrarse a la vida, ya que lleva a la muerte. Las drogas producen y acentúan una afánisis⁴⁷², esto es, una pérdida de deseo por un proyecto de vida, una ruptura con los lazos sociales y una relación autista y narcisista del sujeto con la droga. Las instituciones, ya sean públicas y privadas, tienden de alguna manera al agrupamiento de los pacientes en etiquetas y diagnósticos, agrupamiento que puede producir un efecto identificador que estos

⁴⁷² Concepto introducido en la teoría psicoanalítica por Ernest Jones, para referirse a la abolición de la capacidad de gozar de un sujeto, desaparición del deseo sexual. Lacan utiliza el término inglés *fading* como sinónimo de *afánisis*, en el sentido de desvanecimiento del sujeto psíquico ante la demanda y ante el objeto, en ambos casos es el modo que tiene el neurótico de escudarse ante su deseo (*afánisis*, del griego *aphanisis*, invisibilidad, desaparición).

sujetos de alguna manera esperan, obteniendo una identidad («cocainómano») que de otra manera no pueden alcanzar, pero este agrupamiento no contempla las singularidades del caso y termina anulando e inhabilitando al sujeto. Evidentemente, las instituciones tienen límite de recursos: de tiempo necesario para la escucha del malestar del paciente, de dinero para costear la formación de los trabajadores. No todos los toxicómanos que acceden a un tratamiento son iguales, pero en general se interviene «sobre» ellos como si lo fueran. De la misma manera que un mismo antidepresivo no tendrá el mismo efecto en el tratamiento de la depresión que sufren diferentes individuos, no hay una fórmula universal, ni química ni terapéutica, para tratar una problemática psíquica, como sí la puede haber para una problemática somática. Los pacientes demandan, y las instituciones cubren algunas necesidades mínimas, en general materiales o económicas, pero hace falta algo más, esto es, la disposición a escucharlos. Sabemos que hoy, no hay tiempo: las citas médicas se reducen a cinco minutos de atención para diagnosticar, medicar o derivar al especialista o a urgencias, el personal sociosanitario es escaso y en ocasiones no tiene la formación adecuada. En las urgencias hospitalarias, los médicos son testigos de demandas de atención que la mayoría de las veces ocultan, tras una dolencia física, un malestar psíquico, que habitualmente se denomina «ataque de pánico», «crisis de ansiedad», etc. Las exigencias de la cultura, de la civilización, como dijimos, son muchas. El que recurre a un tóxico, busca un atajo, que en general lo lleva al derrumbe. Las organizaciones asistenciales privadas destinan la mayor parte de sus recursos (temporales y económicos) a sostenerse a sí mismas y las públicas ocupan la mayor parte de su presupuesto en su propia gestión y administración burocrática. Las organizaciones, sin saberlo, o lo que es peor sabiéndolo, necesitan a los pacientes para seguir existiendo. En cuanto a las políticas de prevención como acción comunitaria, una prevención solamente orientada a la propia droga, situada entre el saber médico, que da cuenta de las consecuencias del consumo, y el saber jurídico sobre el tráfico y la tenencia, no contempla la subjetividad, lo propio de cada sujeto, su responsabilidad, su elección, que es la del consumo maníaco y su malestar psíquico.

Recaída y sobredosis. Se habla comúnmente en el ámbito de la atención sociosanitaria, en las instituciones y entidades del sector y en el lenguaje común de la calle, de *recaída* y *sobredosis*. Quisiéramos, respecto al uso de estos términos, hacer algunos comentarios del por qué los consideramos erróneos y poco rigurosos. Cuando se habla de recaída se refiere a un sujeto que, habiendo pasado por un periodo de su vida recurriendo frecuentemente a la ingesta de drogas, sean estos fármacos legales o drogas prohibidas, y una vez realizado un tratamiento para frenar el consumo de los mismos, recurre nuevamente a los tóxicos. La recaída se refiere a la conducta, esto es, el acto de consumir, pero en el psiquismo, y esto es lo que

habitualmente no se tiene en cuenta, la problemática que llevó al sujeto a consumir esas sustancias no se resolvió nunca, motivo por el que el sujeto «recae»: uno de los errores habituales en la práctica clínica, que la «recaída» pone en evidencia, es considerar que un sujeto por el sólo hecho de no consumir está curado.

Con el término «sobredosis» se hace referencia habitualmente a la muerte producida por un exceso de consumo de sustancias, leyéndose en los informes médicos y escuchando a los propios allegados del fallecido que «murió por sobredosis», como si fuera esa última dosis la que mató al sujeto, sin considerar toda la historia previa de consumo y derrumbe del mismo. El término sobredosis debería ser aplicado a aquel sujeto que *nunca* ha consumido, al menos con frecuencia e intensidad, y se excede una noche y fallece, ya que al que habitualmente consume no lo mata la «sobredosis», sino que él solo se viene matando hace tiempo. La responsabilidad última del sujeto que consume evidentemente le pertenece, pero eso no quita que al decir que su muerte es por sobredosis, los cercanos y el entorno social se liberan de toda responsabilidad en el caso, atribuyéndosela en su totalidad al toxicómano. En cuanto a las campañas de prevención como acción comunitaria, una prevención orientada exclusivamente al objeto, a la propia sustancia, como anteriormente señalamos, termina siendo una promoción del mismo.

Políticas de prevención. Freud plantea una de las reglas del análisis, según la cual éste debe realizarse en un «estado de frustración». La experiencia psicoanalítica nos ha enseñado que lo mejor es siempre enemigo de lo bueno y que en cada fase de recuperación del paciente hemos de luchar contra su inercia, que en seguida se contenta con una solución incompleta. En relación a la posible prevención de situaciones psíquicas conflictivas Freud nos advierte de la dificultad de una profilaxis al respecto. Comunicar a un paciente la posibilidad de un perjuicio o conflicto futuro, o explicarle esa posibilidad puede aumentar el conocimiento del paciente pero no alterará nada en él. Una cosa es facilitarle una información que el paciente desconoce y de alguna manera está solicitando —como por ejemplo, si desea retomar sus estudios universitarios pero por motivos laborales no puede asistir a clases, indicarle que existe una institución universitaria donde puede realizar sus estudios a distancia—, otra es proporcionarle una información que atañe directamente a su estado psíquico y su malestar. Dar información innecesaria a un paciente puede producir en el sujeto algo parecido a lo que le ocurre a un lector que, al leer un texto psicoanalítico, donde «el lector resulta “estimulado” solamente por aquellos pasajes que siente que se aplican a él mismo; esto es, que conciernen a

conflictos que son activos en él en aquel momento. Todo lo demás le deja frío»⁴⁷³. Al conocer, o creer conocer algo sobre su propio psiquismo, el paciente terminará remitiendo todo sintoma o acontecimiento anímico a este supuesto saber, cerrándose a otras interpretaciones y a la producción de un sentido propio. Con respecto al valor que puedan tener las prácticas, que hoy día son habituales, de prevención y «educación sexual» en la infancia, Freud puntualiza:

Me hallo lejos de mantener que esto sea una cosa perjudicial o innecesaria, pero está claro que el efecto profiláctico de esta medida liberal ha sido grandemente hipervalorado. Después de esta aclaración los niños saben algo que antes no sabían, pero no utilizan los nuevos conocimientos que se les han facilitado. Incluso llegamos a ver que no tienen prisa por sacrificar a estos nuevos conocimientos las teorías sexuales, que podrían ser descritas como un crecimiento natural, y que ellos mismos han construido en armonía y dependencia con su organización libidinal imperfecta —teorías acerca del papel desempeñado por la cigüeña, respecto a la naturaleza del contacto sexual y sobre el modo cómo se hacen los niños— Mucho tiempo después de haber recibido la aclaración sexual se comportan igual que las razas primitivas que han recibido la influencia del cristianismo, pero continúan adorando en secreto sus viejos ídolos⁴⁷⁴.

De igual modo si advertimos a un adulto de los perjuicios y consecuencias del consumo abusivo de sustancias psicotrópicas, estamos subestimando su conocimiento, ya que es obvio que los conoce y, en el caso de un toxicómano, justamente consume dichas sustancias para experimentar los efectos que le produce su consumo. Advertir de la posibilidad de daño y perjuicio es aconsejar a un sujeto moralmente, pero no tendrá efectos en su psiquismo: de lo que se trata en cambio es de interpretar sus actos o lo que espera el sujeto de ellos, en transferencia, para que pueda aproximarse a un asentimiento subjetivo de su posición en la vida y las consecuencias de sus decisiones.

E. DEPRESIÓN: DUELO, MELANCOLÍA, NARCISISMO

Si hacemos un breve recorrido por los manuales psicopatológicos que rigen los diversos tipos de tratamientos de problemáticas anímicas, desde las psicoterapias a los tratamientos médicos psiquiátricos, vemos que uno de los diagnósticos más recurridos es el de «depresión». Una vez asignado dicho diagnóstico es práctica habitual del campo «psi» la aplicación de una serie de protocolos de intervención que van desde la prescripción de psicofármacos, lo que equivale a un tratamiento biológico de una problemática anímica, a la

⁴⁷³ SIGMUND FREUD, «Análisis terminable e interminable», *O.C.*, p. 3351.

⁴⁷⁴ IBÍDEM.

aplicación de diversas técnicas de modificación de hábitos, listados de tareas y actividades a realizar por el paciente y cuestionarios diversos para valorar en el tiempo los cambios de dichos hábitos e incremento de la actividad del paciente. Este modo de intervención implica la aplicación de la que podríamos llamar una técnica de «empuje» al paciente para que el cuadro psicopatológico asignado remita. La gran dificultad, y diría imposibilidad, de dirimir a qué nos referimos cuando hablamos de depresión, más allá de una innumerable cantidad de síntomas de los cuadros nosográficos, pone en evidencia la falta de elaboración y rigurosa investigación teórica y clínica.

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.
- Disminución o aumento del peso o del apetito.
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño).
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- Astenia (sensación de debilidad física).
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa.
- Disminución de la capacidad intelectual.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

El DSM-IV clasifica la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, enumerando los siguientes:

- Trastornos depresivos (con episodios depresivos).
- Trastorno depresivo mayor, episodio único.
- Trastorno de depresivo mayor, recidivante.
- Trastorno distímico.
- Trastorno depresivo no especificado.

En el cuadro anterior observamos el listado de criterios diagnósticos para determinar la presencia de un trastorno depresivo mayor. Estos criterios son vagos y generales y cualquier persona en algún momento de su vida puede cumplir con alguno de ellos, sin que por ello sufra de una psicopatología como la que se pretende clasificar.

Que un paciente manifieste estar triste, desganado o se defina a sí mismo como depresivo, que no realice sus actividades cotidianas básicas ni cumpla con sus compromisos no implica necesariamente que sufra una «depresión», sino que a lo mejor puede estar enmascarando una agresión o desconsideración hacia los cercanos. Volviendo a lo planteado en otro apartado de este trabajo, insistimos en que esto implica confundir el fenómeno observable o manifestado verbalmente por el paciente con la problemática psíquica que subyace.

Haremos aquí un breve recorrido, que no pretende ser exhaustivo, sobre cómo desde la teoría psicoanalítica han sido trabajadas y pensadas las problemáticas de la depresión, el duelo y la melancolía, planteando a su vez aquellas consideraciones teóricas e indicaciones técnicas que consideramos deberán tenerse en cuenta para el tratamiento de estas problemáticas.

En *Duelo y melancolía* Freud hace un breve pero minucioso estudio de los efectos que la pérdida de un objeto (un objeto, un ser querido, un ideal...) puede llegar a tener sobre un sujeto, desbrozando para ello dos caminos paralelos, uno el que recorre la situación de «duelo» hasta la resolución de éste y el otro el que conduce a la «melancolía».

El duelo, dice Freud, es «por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.»⁴⁷⁵. Ante estas mismas situaciones de pérdida surge en algunos sujetos un estado o proceso melancólico en lugar de un duelo normal. Resalta Freud que no se consideraría como patológico el duelo que elabora un sujeto por una pérdida sufrida: sabemos que se requiere un tiempo (de trabajo psíquico) para ir

⁴⁷⁵ SIGMUND FREUD, «Duelo y melancolía», O.C., 2091.

restituyendo su propio lugar a los otros objetos que permanecen en la vida del sujeto y que fueron temporalmente abandonados (trabajo, amigos, familia, actividades).

Sin embargo en la melancolía este trabajo de duelo parece no tener fin, esto es, el sujeto no retoma su interés por el mundo y su realidad, previo a la pérdida, sino que mantiene inhibidas sus funciones y actividades a lo que se suma una llamativa desvaloración de sí mismo que manifiesta a través de reproches y acusaciones de la que se hace objeto, culpándose de algún modo de la pérdida del objeto amado.

En el duelo se observan diversas reacciones a la pérdida del objeto que Freud enumera como:

- a. cese del interés por el mundo exterior;
- b. pérdida temporal de la capacidad de sustitución del objeto amoroso perdido;
- c. cese de toda función que no esté relacionada con el recuerdo de dicho objeto.

Ante la pérdida del «objeto de amor», la realidad demanda que la libido que el sujeto depositó en él abandone a dicho objeto, así como a los vínculos que con él hubiera establecido, sabiendo, recuerda Freud, que un sujeto no abandona gustosamente ninguna de las posiciones de su libido. En el duelo «normal» este alejamiento termina produciéndose, aunque lentamente. En la melancolía, en cambio, este proceso no parece producirse, ya que el sujeto queda «fijado» a lo perdido, sea éste un objeto real o ideal, en ese sentido el melancólico «sabe a *quién* ha perdido, pero no *lo* que con él ha perdido»⁴⁷⁶. El melancólico muestra una disminución del amor propio, un «empobrecimiento del *yo*», haciéndose objeto de amargos reproches, repudiándose a sí mismo, humillándose ante los demás y compadeciendo a los suyos por hallarse ligados a una persona tan indigna: «La mujer que compadece a su marido por hallarse ligado a un ser tan inútil como ella, reprocha en realidad al *marido* su inutilidad, cualquiera que sea el sentido que dé a esta palabra»⁴⁷⁷. Aquí vemos un primer indicio del lado agresivo y despectivo de la melancolía hacia los demás. Resalta Freud lo estéril de querer contradecir al enfermo cuando se desvaloriza de este modo. Recordarle sus cualidades, capacidades o posibilidades de futuro, resulta no sólo inútil sino contraproducente. Freud señala que quien se valora tan críticamente y lo expresa a sus cercanos está verdaderamente enfermo, ya sea que diga la verdad en lo que a él respecta o se calumnie a sí mismo de ese modo. Otro fenómeno a destacar es que el melancólico que habla tan duramente de sí mismo parece hallar en ese rebajamiento una satisfacción.

⁴⁷⁶ IBÍDEM, p. 2092.

⁴⁷⁷ IBÍDEM, p. 2094.

En el mismo trabajo Freud anticipa el que será uno de sus mayores aportes a la teoría del aparato psíquico: en esas críticas que el sujeto hace de sí mismo se observa como si una parte del *yo* se situara frente a otra, tomando a ésta como un objeto: a esta instancia crítica del psiquismo la denominó *conciencia moral*. El psicoanálisis viene a decir que esos reproches con los que el enfermo se abruma «(...) corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico, y han sido vueltos contra el propio *yo*»⁴⁷⁸. De este modo los lamentos del enfermo son en realidad «acusaciones» a otro; por ello puede entenderse que no oculte esos lamentos, que resultan irrespetuosos y agresivos para aquellos que presencian tan penosa situación.

La mujer que compadece a su marido por hallarse ligado a un ser tan inútil como ella, reprocha en realidad al marido su inutilidad, cualquiera que sea el sentido que dé a esa palabra⁴⁷⁹.

Los lamentos del melancólico, dice Freud, en realidad son acusaciones, por ello no se avergüenza, ya que todo lo malo que dice de sí mismo en realidad se refiere a otros. A su vez queda suspendida la *capacidad de sustitución*, esto es, una parte del *yo* se identifica con el objeto perdido transformándose en la persona que el melancólico perdió o que lo abandonó, pero de ese modo consigue a su manera conservarla. Por ello el melancólico puede llegar a suicidarse, puesto que no es a él a quien mata sino que mata a la persona que ha perdido y que ha introyectado. Pichón-Rivière preguntaba a aquellos pacientes que decían que iban a suicidarse: «¿a quién quiere matar?». El suicida en ese sentido es un asesino, ya que mata a otro, al objeto amoroso que hay en él por *identificación* y que ha «perdido» o que lo ha «abandonado». La *identificación*, más allá del uso corriente del concepto, es un proceso psíquico inconsciente mediante el cual un sujeto asimila un rasgo o aspecto de otro y se transforma parcial o totalmente en base a este modelo.

Los hechos llamados de *imitación* y de *contagio mental* se conocían ciertamente desde mucho tiempo antes, pero Freud va más lejos al explicarlos por la existencia de un elemento inconsciente común a las personas entre las que se produce el fenómeno: «(...) la *identificación* no es una simple imitación, sino una *apropiación* basada en la misma causa etiológica, expresa una equivalencia y se refiere a una comunidad que permanece en lo inconsciente»⁴⁸⁰. En relación a los síntomas histéricos, Freud destacó que los fenómenos de *contagio mental* e *imitación* no explican por sí solos el fenómeno histérico, y para ello recurre al concepto de *identificación*. La imitación puede y es generalmente conciente en el propio

⁴⁷⁸ IBÍDEM.

⁴⁷⁹ IBÍDEM.

⁴⁸⁰ SIGMUND FREUD, «La deformación onírica» en *La interpretación de los sueños*, O.C., p. 439.

acto, pero en ella subyacen procesos inconscientes identificatorios que a su vez posibilitan la constitución del sujeto humano.

En la melancolía, a pesar del conflicto que puede haber con el objeto perdido (persona amada), la relación y el vínculo erótico persiste e insiste, instalándose dicho conflicto en una parte dissociada del *yo*. Esta parte del *yo* queda identificada con el objeto, la «sombra del objeto» perdido es introyectada en el *yo* y el vínculo ambivalente y narcisista, que antes del desaparición del objeto se había instalado en éste, es lo que se resiste a diluirse.

En un primer tiempo, por identificación, se produce la elección de objeto. Si esta identificación es de tipo narcisista, en un segundo tiempo en el que el objeto es perdido o éste abandona al sujeto, la libido se sustrae del objeto, pero en lugar de desplazarse sobre un nuevo objeto, es retraída a una parte del *yo*, donde previamente se instaló la sombra del objeto.

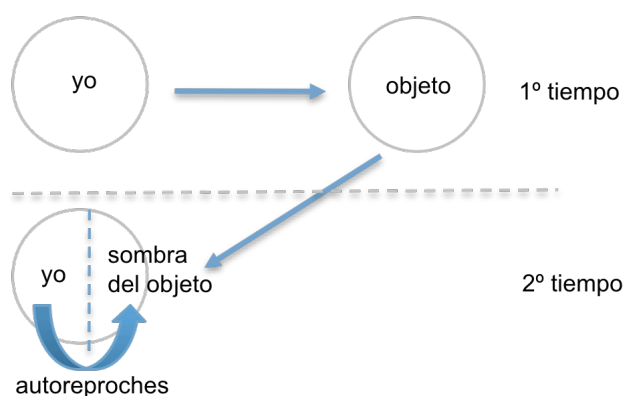


Figura 14. El proceso de la melancolía.

El *yo* del sujeto melancólico aparece dividido, cortado en dos: donde una parte está identificada con el objeto perdido y recibe de la otra un ataque sin piedad. Al introyectar al objeto perdido el melancólico lo hace revivir realmente, estableciéndole en una parte de su *yo*: «Mi objeto amado no se ha ido, pues ahora lo llevo dentro de mí y nunca podré perderlo»⁴⁸¹.

Freud destaca el papel que desempeña la agresión en el origen de los procesos melancólicos, al igual que resulta en los fenómenos depresivos.

El tormento, indudablemente placiente, que el melancólico se inflige a sí mismo significa, análogamente a los fenómenos correlativos de la neurosis obsesiva, la satisfacción de tendencias sádicas y de odio, orientadas hacia un objeto, pero retrotraídas al *yo*⁴⁸².

⁴⁸¹ KARL ABRAHAM, *Psicoanálisis clínico*, Lumen-Hormé, Buenos Aires, 1994, p. 333.

⁴⁸² SIGMUND FREUD, «Duelo y melancolía», *O.C.*, p. 2097.

Este sadismo viene a dar algo de luz al enigma de la tendencia al suicidio de los melancólicos:

Sabíamos, ciertamente, que ningún neurótico experimenta impulsos al suicidio que no sean impulsos homicidas, orientados primero hacia otras personas y vueltos luego contra el *yo* (...). El análisis de la melancolía nos muestra ahora que el *yo* no puede darse muerte, sino cuando el retorno de la carga de objeto le hace posible dirigir contra sí mismo la hostilidad hacia un objeto; hostilidad que representa la reacción primitiva del *yo* contra los objetos del mundo exterior. (...) En el suicidio y en el enamoramiento extremo —situaciones opuestas— queda el *yo* igualmente dominado por el objeto, si bien en forma muy distinta⁴⁸³.

A diferencia del proceso normal de duelo, donde con el transcurso del tiempo el sujeto vuelve lentamente a vivir experiencias de vida y placer, en los estados melancólicos pueden emerger periodos maníacos intensos, esto es, opuestos a la melancolía, lo que Freud denominó «locura cíclica». Estos periodos maníacos (compras innecesarias, euforia excesiva que no responde a la realidad de los hechos y situaciones) enmascaran el estado melancólico, que permanece inmovible.

Los episodios maníacos parecen establecer una aparente emancipación del objeto, a modo de intento frustrado de conseguirlo, pero son tan sólo un simulacro de alegría y euforia, puesto que cíclicamente retorna el estado melancólico. Los lamentos del melancólico son, por su parte, monótonos y cansinos, lo que termina desembocando en que el objeto amoroso realmente lo abandone, si aún no lo ha hecho ya, y que el sujeto, salvo que sea un genio artístico, termine verdaderamente solo, puesto que ya nadie se acercará a él.

Freud enumeró una serie de premisas de los procesos o estados melancólicos, a saber:

- a. pérdida del objeto.
- b. ambivalencia de los afectos.
- c. regresión de la libido al *yo*.

En los episodios o fases maníacas, las duras críticas que el sujeto se hacía en la fase melancólica cesan bruscamente y los sentimientos de supuesta inferioridad parecen diluirse. La carga de libido adherida a la «sombra del objeto» perdido, se desliga de ella y regresa al *yo* del sujeto, a su narcisismo. Pero en los episodios o fases maníacos, el sujeto cae en acciones

⁴⁸³ IBÍDEM, pp. 2096-2097.

estériles para su bienestar o devastadoras para su economía, su trabajo y sus vínculos; episodios que se manifiestan por una fuga de ideas, gastos ruinosos, queriendo que quienes le rodean participen de este absurdo festivo. El *yo* y el *ideal del yo* confluyen en un aparente interés por el mundo y la distracción. Pareciera como si en los momentos o episodios maníacos triunfara el *yo* sobre el objeto: Melanie Klein describe este estado como una defensa contra la melancolía, con un sentimiento de omnipotencia para dominar y pretender controlar los objetos. Este modo de reacción a la pérdida del objeto manifiesta un terco rechazo a la realidad y una férrea organización narcisista del *yo*. El *yo* quisiera incorporar al objeto devorándolo, como ocurre en la fase oral y caníbal del desarrollo libidinal.

Al principio existía una elección de objeto, o sea, enlace de la libido a una persona determinada. Por la influencia de una *ofensa real* o un *desengaño*, inferido por la persona amada, surgió una conmoción de esta relación objetiva, cuyo resultado no fue el normal, o sea, la sustracción de la libido de éste objeto y su desplazamiento hacia uno nuevo, sino otro muy distinto, que parece exigir, para su génesis, varias condiciones. La carga del objeto demostró ser poco resistente y quedó abandonada; pero la libido libre no fue desplazada sobre otro objeto, sino retraída al *yo*, y encontró en éste una aplicación determinada, sirviendo para establecer una *identificación* del *yo* con el objeto abandonado. La sombra del objeto cayó así sobre el *yo*, que a partir de este momento pudo ser considerado como instancia especial, como un objeto y en realidad como el objeto abandonado. De este modo se transformó la pérdida del objeto en una pérdida del *yo*, y el conflicto entre el *yo* y la persona amada, en una discordia entre la crítica del *yo* y el *yo*, modificado por la identificación⁴⁸⁴.

En la melancolía, el desinterés por el mundo es manifiesto así como la degradación de sí mismo que desemboca en el aislamiento —en realidad los cercanos abandonan al melancólico, se alejan de él—: el *yo* se va consumiendo poco a poco; en la manía ese aparente interés por el mundo y el disfrute también desemboca en similar resultado: ruina económica, relaciones superficiales y limitadas a la gran fiesta, donde el maniaco termina convirtiéndose en un bufón que los cercanos circunstanciales expresen.

Destaca Abraham, y esto nos parece muy interesante a la hora de atender a estos pacientes, que el melancólico tiene un sentimiento de superioridad hacia su familia, sus amigos, sus compañeros de trabajo y el mundo en general⁴⁸⁵, así como hacia los profesionales clínicos que lo atienden, bajo una apariencia de humildad exagerada y un falso

⁴⁸⁴ SIGMUND FREUD, *Duelo y melancolía*, O.C. p. 2095.

⁴⁸⁵ KARL ABRAHAM, *Psicoanálisis clínico*, «Notas sobre la psicogénesis de la melancolía», Lumen-Hormé, Buenos Aires, 1994, p. 346.

agradecimiento por el trato recibido. Los pacientes melancólicos son inaccesibles a cualquier crítica a su modo de pensar, lo que evidencia el carácter obstinadamente narcisista que tienen. De ahí la dificultad de ser tratados clínicamente, lo que requiere no poner en evidencia este juego «melancólico» con una interpretación o explicación precipitada.

Uno de los defectos más notables de la psiquiatría clásica es su inclinación a caracterizar a las ideas patológicas del melancólico como «ilusiones de inferioridad», cuando en realidad esas ideas implican una considerable autoestima por parte del paciente (...). Un buen ejemplo de esto es la idea nada infrecuente que tienen los melancólicos de que son los más grandes pecadores (...) Toda esta idea delirante de esta clase contiene, además del reproche destinado al objeto amoroso introyectado, una tendencia del melancólico a representarse sus sentimientos de odio como enormemente poderosos (...)⁴⁸⁶

El concepto de «ambivalencia» fue introducido por Bleuler para referirse a aquellas situaciones donde un sujeto ama y odia en un mismo movimiento a la misma persona. En *La dinámica de la transferencia*⁴⁸⁷, Freud utiliza el término para referirse a aquellas situaciones donde la transferencia negativa en el análisis opera en el sentido de resistencia al análisis y la labor terapéutica:

La transferencia negativa merecería una atención más detenida de la que podemos concederle dentro de los límites del presente trabajo. En las formas curables de psiconeurosis coexiste con la transferencia cariñosa, apareciendo ambas dirigidas simultáneamente, en muchos casos, sobre la misma persona, situación para la cual ha hallado Bleuler el término de «ambivalencia». Una tal ambivalencia sentimental parece ser normal hasta cierto grado, pero a partir de él constituye una característica especial de las personas neuróticas. En la neurosis obsesiva parece ser característica de la vida instintiva una prematura «disociación de los pares de antítesis» y representar una de sus condiciones constitucionales. La ambivalencia de las directivas sentimentales nos explica mejor que nada la facultad de los neuróticos de poner sus transferencias al servicio de la resistencia⁴⁸⁸.

Los estados depresivos melancólicos observables que manifiesta un sujeto son ambivalentes, esto es, detrás de una «depresión» pueden ocultarse o subyacer cuadros psíquicos diversos. Por tanto la depresión no es un diagnóstico: un neurótico dentro de sus diversas manifestaciones —histeria, obsesiones, fobias— puede enredarse en una nebulosa depresiva, lo mismo un psicótico,

⁴⁸⁶ IBÍDEM, p. 347.

⁴⁸⁷ SIGMUND FREUD, «La dinámica de la transferencia», *O.C.*, p. 1648.

⁴⁸⁸ IBÍDEM, p. 1652.

e incluso un perverso. El melancólico no sufre, sino que goza de su síntoma, arma un estilo de vida repelente alejando de sí a los demás, a los objetos que no sean los de su elección, siendo, en ese sentido, un obsesivo de su malestar. La melancolía es una perturbación psíquica narcisista, el melancólico hace de su «sufrimiento» una militancia, por ello la gran dificultad de revertir o modificar esta problemática, puesto que el melancólico es refractario a la transferencia analítica, provocando insistentemente la impotencia del clínico. Si esto no es tenido en cuenta, se caerá indefectiblemente en ella: el melancólico puede llegar a decir: «Yo sé que Ud. hace todo lo que puede, pero no podrá hacer nada por mí, aun así agradezco el interés que pone en mí». La mayoría de los pacientes neuróticos creen ser víctimas de una injusticia por parte del mundo y de los que los rodean, pero el melancólico en ese sentido se considera el más perjudicado por el mundo.

El melancólico obtiene una satisfacción sádica con sus autorreproches, consiguiendo indirectamente, al igual que en la neurosis obsesiva, su venganza de los objetos a los que «ama»; la enfermedad es, de este modo, un refugio para no manifestar directamente la hostilidad hacia ellos. La depresión, por su parte, sería una forma de melancolía atenuada, verdadera enfermedad de la época actual, detrás de la cual se encuentra la culpa y la aflicción moral. La depresión no es una entidad clínica definida, en ella el presente no presenta conexión aparente con el futuro, con un proyecto, lo que hace que sea tan complejo establecer un vínculo con un tratamiento. Por ello el acompañamiento terapéutico previo o simultáneo a cualquier comienzo de tratamiento puede resultar muy útil para que el sujeto lentamente pueda acceder a la palabra y muestre cierto interés por el mundo y por su mejoría sin caer en la degradación de los tratamientos. Las perturbaciones depresivas y melancólicas se caracterizan por una ostensible retracción de la libido de los objetos hacia el propio *yo* del sujeto. Un breve recorrido por el texto de Freud *Introducción al narcisismo* nos dará algunas pistas para poder pensar las dificultades del tratamiento de estas perturbaciones psíquicas.

Con el término *narcisismo*, se designan aquellos casos donde el sujeto «toma como objeto sexual su propio cuerpo y lo contempla con agrado, lo acaricia y lo besa, hasta llegar a una completa satisfacción»⁴⁸⁹; si este proceso ocupa toda la vida erótica del sujeto podemos hablar de una perturbación psíquica, puesto que los objetos del mundo exterior pierden valor. Freud destaca la dificultad del tratamiento y análisis de aquellos pacientes que presentan patologías narcisistas, esto es, cuando más allá de un *narcisismo primario normal* al servicio y cuidado de sí, el sujeto manifiesta una total falta de interés por el mundo exterior.

⁴⁸⁹ SIGMUND FREUD, *Introducción al narcisismo*, O.C. p. 2017.

Consideremos el esquema que propone Laplanche⁴⁹⁰ para graficar la teoría freudiana de las pulsiones:

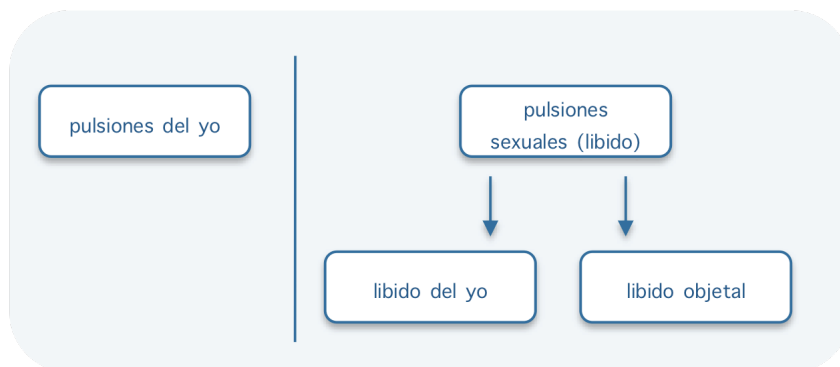


Figura 15. 1ª hipótesis sobre las pulsiones.

Por un lado, están las *pulsiones del yo* o *de autoconservación*, que son las encargadas de la conservación del sujeto apuntando hacia objetos exteriores específicos (por ej., alimento) y por otro las *pulsiones sexuales* (libido), que tienen dos posibles destinos, el propio yo del sujeto y los objetos del mundo exterior: si disminuye la libido objetal aumenta la destinada al yo y viceversa. Si hasta aquí la teoría es hartó compleja y especulativa, puesto que el propio yo es fuente de la energía libidinal y puede tomarse a sí mismo como destino frente a los objetos del mundo exterior, Freud añade en un trabajo posterior⁴⁹¹ las que llamó *pulsiones de muerte*, que operan en contraposición a las *pulsiones de vida*.

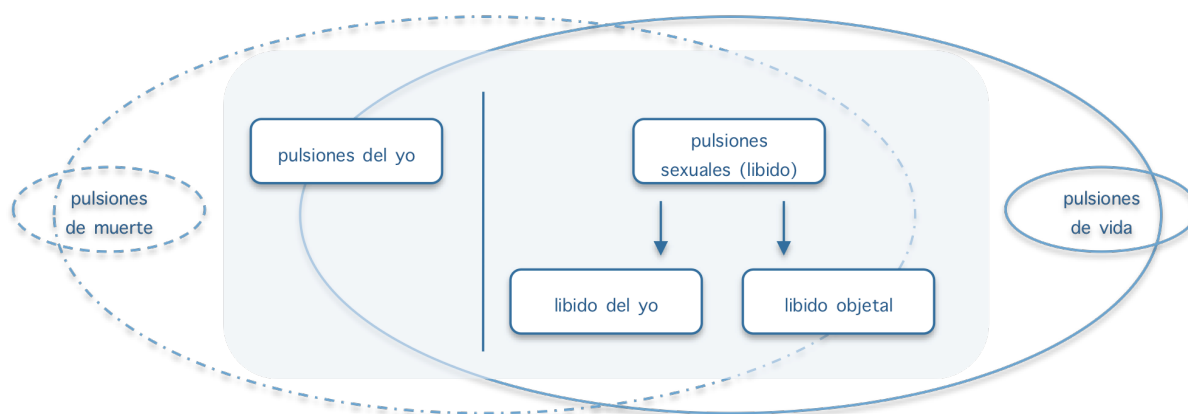


Figura 16. 2ª hipótesis sobre las pulsiones.

⁴⁹⁰ JEAN LAPLANCHE, *Diccionario de Psicoanálisis*, Paidós, Barcelona, 1993.

⁴⁹¹ SIGMUND FREUD, *Más allá del principio del placer*, O.C. p. 2507.

En *Más allá del principio del placer*, articula Freud el concepto de *pulsiones de muerte* al de *pulsiones de vida*. Las *pulsiones de vida* comprenden una parte de las pulsiones sexuales y de las *pulsiones del yo*. A su vez, otra parte de las *pulsiones sexuales* y de las *pulsiones del yo*, forma parte de las llamadas *pulsiones de muerte*.

El concepto de pulsión de muerte es central en la teoría psicoanalítica. Para Lacan toda pulsión es de algún modo pulsión de muerte, puesto que toda pulsión busca su propia satisfacción, esto es, extinción, envolviendo al sujeto en el mecanismo de la repetición, así como toda pulsión tiende a ir más allá del principio del placer, en la aparente búsqueda de un plus de placer que paradójicamente sólo produce sufrimiento (goce). Los fenómenos de repetición de experiencias dolorosas e insatisfactorias que presenta el sujeto humano no pueden ser explicados por un principio del placer que rija la existencia humana, así como las expresiones de agresividad hacia el exterior, de sadismo y odio. La observación clínica de los obstáculos que el propio paciente pone a su mejoría planteó a Freud la exigencia especulativa de construir el concepto de pulsión de muerte:

Durante el trabajo analítico no se obtiene otra impresión de la resistencia sino la de que es una fuerza que se defiende con todos los medios posibles contra la curación y que se halla completamente resuelta a aferrarse a la enfermedad y al sufrimiento. Una parte de esta fuerza ha sido reconocida por nosotros, sin duda con justicia, como sentimiento de culpa y la necesidad de castigo y la hemos localizado en la relación del yo con el *super-yó*. Pero esta es sólo la porción que se halla de algún modo ligada psíquicamente al *super-yó*, haciéndose así reconocible; otras porciones de esta misma fuerza, ligadas o libres, pueden actuar en otros lugares no especificados. Si consideramos al cuadro completo constituido por los dos fenómenos del masoquismo, inmanente a tanta gente, la reacción terapéutica negativa y el sentimiento de culpa encontrado con tanto neuróticos, no podremos ya adherirnos a la creencia de que los sucesos psíquicos se hallan gobernados exclusivamente por el deseo de placer⁴⁹².

Los obstáculos que el propio paciente —y en frecuentes ocasiones, su propia familia— pone (consciente o inconscientemente) al tratamiento para no alcanzar una mejoría no se superan forzando al paciente o aconsejándole o, aún peor, señalándoselos. Señalarle a un paciente el hecho de que se está resistiendo al tratamiento, ya sea porque lo abandona, falta a las citas, retrasa los pagos de honorarios, no resuelve nada: sólo debe señalársele que está incumpliendo el pacto acordado para el tratamiento, esto es, horarios y honorarios. Sólo el trabajo de interpretación en transferencia podrá producir, en el mejor de los casos, o movilizar

⁴⁹² ÍDEM, «Análisis terminable e interminable», *O.C.*, pp. 3357-3358.

el contenido latente de los actos y dichos del paciente, subvirtiendo la realidad consciente de éste. La interpretación, que no es una explicación, es la herramienta más importante del analista, que nunca debe utilizar el acompañante, ya que no es su función ni el acompañamiento terapéutico es el lugar para que la interpretación tenga efecto. En cambio el que pretende *explicar* considera haber comprendido, en este caso, lo que le sucede al paciente o lo que éste «quiso decir»: ahí lo que opera es el narcisismo (soberbia) y la pulsión de muerte (hacia el trabajo clínico) del terapeuta.

F. LAS PERVERSIONES

El término «perversión» fue utilizado por la psiquiatría clásica para designar aquellos comportamientos o prácticas sexuales que transgredían las normas morales y sociales de la época. En los manuales de clasificación psicopatológica actuales (DSM), el término ha sido sustituido por la categoría de «parafilias» —en la categoría «Trastornos sexuales y de la identidad sexual»— dentro de las cuales se incluye una larga lista de conductas sexuales: el exhibicionismo, el fetichismo, el frotteurismo, la pedofilia, el masoquismo sexual, el sadismo sexual, el fetichismo transvestista, el voyeurismo, y la parafilia no especificada. Las características diagnósticas y descriptivas que enumera el manual DSM-IV en su edición vigente son las siguientes:

Características diagnósticas

La característica esencial de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que por lo general engloban: 1) objetos no humanos, 2) el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, o 3) niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un período de al menos 6 meses (Criterio A). Para algunos individuos, las fantasías o los estímulos de tipo parafilico son obligatorios para obtener excitación y se incluyen invariablemente en la actividad sexual. En otros casos las preferencias de tipo parafilico se presentan sólo episódicamente (p. ej., durante períodos de estrés), mientras que otras veces el individuo es capaz de funcionar sexualmente sin fantasías ni estímulos de este tipo. El comportamiento, los impulsos sexuales o las fantasías provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio B).

En el caso particular del fetichismo, que Freud tomó como modelo de perversión, los criterios diagnósticos son:

Criterios para el diagnóstico de F65.0 Fetichismo [302.81]

- A. Durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al uso de objetos no animados (p. ej., ropa interior femenina).
- B. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Los fetiches no deben ser únicamente artículos de vestir femeninos como los utilizados para transvestirse (fetichismo transvestista) o aparatos diseñados con el propósito de estimular los genitales (p. ej., vibrador).

Como hace con todas las categorías diagnósticas que describe, el DSM se limita a enumerar las características del fenómeno pero sin aportar nada que nos oriente en la esencia del mismo, de las mociones pulsionales y deseos inconscientes que subyacen a las conductas y actos fetichistas, porque obviamente profundizar en la esencia de los trastornos psíquicos no es el propósito de los manuales psiquiátricos al uso ni de los modelos psicoterapéuticos que se inspiran en ellos.

En un trabajo de 1906, Freud postula que desde los aportes a la problemática del fetichismo realizados por Alfred Binet «todos los investigadores de estas materias atribuimos la génesis del fetichismo a impresiones eróticas de la infancia»⁴⁹³; para el psicoanálisis, el fetichismo va más allá de la consideración de una categoría psicopatológica.

El análisis freudiano de la enigmática elección fetichista de un objeto inanimado que posibilite el goce sexual converge en cierto modo, y en otro campo de investigación como es el de la economía política, con el que Marx hace del carácter fetiche de la mercancía.

Marx utiliza el concepto de fetichismo cuando analiza la mercancía en su doble forma, por un lado su *valor de uso*, es decir, su cualidad para satisfacer una necesidad del hombre, y por otro su *valor de cambio*, que refiere al valor que adquiere un objeto cuando se presenta como mercancía y que nubla el *valor de uso* de la misma. El fetiche funciona como efecto de una ilusión, considerando que la mercancía y el dinero, como dirá Marx, sólo tienen valor dentro del marco de las relaciones sociales.

⁴⁹³ SIGMUND FREUD, «El delirio y los sueños en la “Gradiva” de W. Jensen», O.C., p. 1308.

En el análisis del fetichismo que despliega Freud dentro del campo de la constitución psíquica de los sujetos, el fetiche emerge de la negativa del niño a aceptar la falta de pene en la mujer, y fundamentalmente en la madre; de este modo el fetiche ocupa el lugar de una falta. Ahora bien, la atribución de un valor ilusorio a un objeto se observa es un rasgo propio de nuestra cultura, que produce y promueve, a través de la técnica y la publicidad, infinidad de objetos innecesarios que devienen imprescindibles para los sujetos, objetos a los que éstos terminan alienándose. En el *Capital* Marx dedica un breve pero contundente párrafo al secreto encandilador y fetichista de las mercancías, que transforma a las mismas en verdaderos jeroglíficos sociales:

A primera vista, parece como si las mercancías fuesen objetos evidentes y triviales. Pero, analizándolas, vemos que son objetos muy intrincados, llenos de sutilidades metafísicas y de resabios teológicos. Considerada como *valor de uso*, la mercancía no encierra nada de misterioso, dando lo mismo que la contemplemos desde el punto de vista de un objeto apto para satisfacer necesidades del hombre o que enfoquemos esta propiedad suya como *producto* del trabajo humano (...) La forma de la madera, por ejemplo, cambia al convertirla en una mesa (...) Pero en cuanto empieza a comportarse como mercancía, la mesa se convierte en un objeto físicamente metafísico. No sólo se incorpora sobre sus patas encima del suelo, sino que se pone de cabeza frente a todas las demás mercancías, y de su cabeza de madera empiezan a salir antojos, mucho más peregrinos y extraños que si de pronto la mesa rompiese a bailar por su propio impulso⁴⁹⁴.

Freud tomó el término «perversión» de la psiquiatría clásica pero redefiniéndolo y despojándolo de connotaciones o juicios morales, señalando que la psiquiatría sólo hace lo que mejor sabe hacer, es decir, poner nombres diferentes a las conductas sin decir nada novedoso sobre ellas⁴⁹⁵. En el caso de las «parafilias», la psiquiatría actual introduce un listado de etiquetas nuevas relacionadas con los objetos particulares que producen excitación sexual a los sujetos. El psicoanálisis, en cambio, posibilita una comprensión mayor de la estructura y naturaleza de las perversiones. Como ya señalamos al principio de este capítulo, para la teoría psicoanalítica hay tres estructuras fundamentales o posiciones psíquicas: las *neurosis*, las *psicosis* y las *perversiones*. Estas estructuras vienen a destacar los diferentes modos en que los sujetos se posicionan ante la «ley», entendiendo por ley el conjunto de

⁴⁹⁴ KARL MARX, «El fetichismo de la mercancía, y su fetichismo» en *El Capital, libro I*, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 1999, pp. 36-37.

⁴⁹⁵ SIGMUND FREUD, «Lección XVII. El sentido de los síntomas» en «Lecciones introductorias al psicoanálisis», *O.C.*, p. 2284.

principios éticos y sociales que regulan toda forma de vínculo e intercambio social, que es en definitiva el orden *simbólico*, siendo la «prohibición del incesto (...) su pivote subjetivo»⁴⁹⁶. Dicha ley intenta poner límites al deseo, al torrente pulsional humano, pero a su vez incita su transgresión, como señala Lacan: «el deseo es el revés de la ley»⁴⁹⁷; es decir, por un lado la ley pone límites al *deseo*, pero a su vez lo crea mediante la propia interdicción: para que haya transgresión es necesario que primero haya prohibición.

Dada la dificultad de abordar las perversiones en su conjunto y dar una definición exhaustiva válida para todas ellas, nos aproximaremos a la esencia de la perversión por medio de una anécdota supuesta. Imaginemos que ante el paso de una adolescente alguien exclama: «¡miren qué linda chica!, la conozco, tiene 15 años». Un neurótico respondería: «¡aparenta 18 años!», en cambio un perverso diría: «parece que tuviera 11». El neurótico por estructura es alguien que quiere entrar o permanecer en la ley; por su parte el perverso, *goza* con infringirla. El neurótico sólo franquea fantasmáticamente la ley, lo cual no quiere decir que no pueda llegar a cometer en ocasiones actos perversos; en el psicótico hay ausencia completa de la ley, en cambio el perverso sabe de la existencia de dicha ley, pero goza transgrediéndola, *renegando* de ella. En ese sentido Lacan⁴⁹⁸ invoca la sentencia de San Pablo en la Epístola a los Romanos: «¿Qué diremos, pues? ¿La ley es pecado? ¡De ningún modo! Sin embargo, yo no conocí el pecado sino por la ley. De suerte que yo no hubiera conocido la concupiscencia si la ley no dijera: *¡No te des a la concupiscencia!*»⁴⁹⁹.

El complejo de castración. Un concepto psicoanalítico que consideramos necesario comentar por la confusión que su uso ha generado es el de *castración*. El complejo de castración Freud lo define como un momento en la organización sexual infantil en el que el infante descubre la diferencia anatómica entre los sexos, centrada en la presencia o falta de pene. En ese momento el infante varón sustituye una teoría sexual rudimentaria que consiste en la creencia de que «todos tienen pene» por otra, que sostiene que las mujeres lo han perdido. A partir de este momento el niño varón teme perder el suyo también, es decir, teme ser castrado por parte del padre; en cambio la niña inconscientemente se ve castrada por la madre, quien le «negó» un pene, e intentará compensar esa falta fantaseando por ejemplo tener un hijo —con el padre— como sustitutivo del pene del que carece. Freud señala que el niño interpreta en un principio la falta de pene en la mujer como producto de una castración punitiva, para luego

⁴⁹⁶ JACQUES LACAN, «Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis», *Escritos, op. cit.*, p. 266.

⁴⁹⁷ ÍDEM, «Kant con Sade», *Escritos, Siglo XXI*, Buenos Aires, 2001, p. 767.

⁴⁹⁸ ÍDEM, *El seminario: libro 7, La ética del psicoanálisis*, p. 103.

⁴⁹⁹ BIBLIA DE JERUSALÉN, «Epístola a los Romanos», 7:7, Desclée de Brouwer – Alianza Editorial, Bilbao, 1994, p. 220.

considerar que no todas las mujeres carecen de pene, que no todas han recibido ese «castigo», en esencia su madre.

Ahora bien, Freud destaca que en el despliegue normal de la sexualidad infantil subyace una disposición «perversa polimorfa», lo que implica que en el infante «el pudor, la repugnancia y la moral no están aun constituidos»⁵⁰⁰, por tanto «los diques anímicos contra las extralimitaciones sexuales» deberán irse instaurando en el psiquismo del sujeto, siendo el agente principal transmisor de la cultura la propia familia del infante. De que dichos límites se instauren o no dependerá el resultado de la constitución psíquica del adulto. Esta operación concierne a la *castración simbólica*, es decir, la separación de la madre fálica-narcisista efecto de la interdicción paterna, función que deberá ser ejercida por el padre real o alguien que ocupe su lugar como transmisor de la ley, incluso la propia madre, si el padre está ausente, siendo en este caso ella quien lo haga presente; el producto de esta función será la separación que posibilitará la aparición del deseo más allá del entorno materno. Si dicha ley se instaura, el torrente pulsional tendrá la posibilidad de ser encauzado, es decir, reprimido y limitado en parte, desembocando en las estructuras neuróticas «normales»: *histerias* y *neurosis obsesivas*. Si esto no ocurre así, si el trabajo psíquico de introyección de la ley no se produce, se crean las condiciones para que el sujeto desemboque o bien en las perversiones o en las psicosis.

Para el infante, la problemática de la diferencia de sexos es inicialmente enigmática, lo que da comienzo al desarrollo del complejo edípico, en cuyo discurrir el infante intentará dar respuesta a dicho enigma⁵⁰¹:

En el curso de estas investigaciones llega el niño a descubrir que el pene no es un atributo común a todos los seres a él semejantes. La visión casual de los genitales de una hermanita o de una compañera de juegos le inicia en este descubrimiento. Los niños de inteligencia despierta han concebido ya anteriormente, al observar que las niñas adoptan al orinar otra postura y producen ruido distinto, la sospecha de alguna diversidad genital, e intentan repetir tales observaciones para lograr un pleno esclarecimiento. Ya es conocido cómo reaccionan a la primera percepción de la falta del pene en las niñas. Niegan tal falta, creen ver el miembro y salvan la contradicción entre la observación y el prejuicio pretendiendo que el órgano es todavía muy pequeño y crecerá cuando la niña vaya siendo mayor. Poco a poco llegan luego a la conclusión, efectivamente muy importante, de que la niña poseía al principio un miembro análogo al suyo, del cual fue luego despojada. La carencia de pene es interpretada como el resultado de una castración, surgiendo entonces en el niño el temor a la posibilidad de una mutilación análoga. (...) También es sabido

⁵⁰⁰ SIGMUND FREUD, «La organización genital infantil», *op. cit.*, p. 1205.

⁵⁰¹ JOEL DOR, p. 45.

cuánto desprecio, o hasta horror, a la mujer y cuánta disposición a la homosexualidad se derivan del convencimiento definitivo de su carencia de pene, Ferenczi ha referido, muy acertadamente, el símbolo mitológico del horror, la cabeza de Medusa, a la impresión producida por la visión de los genitales femeninos faltos de pene⁵⁰².

El niño debe por un lado aceptar la diferencia de los sexos, cosa que no hará de buena gana ni tampoco sin angustia; y por otro, renunciar a «constituirse como único y exclusivo objeto del deseo de la madre⁵⁰³»: esta renuncia sólo será posible, como señalamos, si se produce la interdicción paterna. La angustia ante la posibilidad imaginaria de ser castrado presentará tres salidas posibles: una, «donde el sujeto aceptará la coacción de la castración sometiéndose a ella, de buen o mal grado, pero desplegando toda una nostalgia sintomática ante la pérdida soportada»⁵⁰⁴; otra, en la que «el sujeto no aceptará la incidencia de la castración sino bajo la reserva de transgredirla continuamente»⁵⁰⁵, renegando de ella, y la tercera, la salida fetichista, donde ante la percepción traumática de la ausencia de pene en la madre y en la mujer se instala un proceso defensivo que consiste en la elaboración de una formación sustitutiva, a saber, el objeto fetiche, que pasa a ser la encarnación del falo:

El fetiche es el sustituto del falo de la mujer (de la madre) en el que ha creído el niño y al que sabemos por qué no quiere renunciar⁵⁰⁶.

Por mediación del objeto fetiche, resalta Dor, se instituyen varios mecanismos de defensa: primero, uno que no permite renunciar al falo; otro que permite conjurar la angustia de castración protegiéndose de ella; y, por último, otro que permite escoger a una mujer como objeto sexual posible en tanto supuestamente ella posee el falo. Por consiguiente, esta solución sustrae al fetichista de la salida homosexual⁵⁰⁷. Aceptando el sujeto la castración puede llegar a un cierto grado de normalidad psíquica, aunque nunca habrá una aceptación total.

Dadas estas premisas, resulta evidente que en la base de toda estructura psíquica, tal como lo postula el psicoanálisis, está en juego el rechazo o aceptación de la castración: el perverso «reniega» de ella; el psicótico la forcluye como si nunca hubiera existido. En el perverso los diferentes modos de rechazo de la castración se manifestarán en las diferentes formas que

⁵⁰² SIGMUND FREUD, «La organización genital infantil», *op. cit.*, p. 2699.

⁵⁰³ JOËL DOR, *Estructuras clínicas y psicoanálisis*, Amorrortu, Buenos Aires, 2000, p. 46.

⁵⁰⁴ IBÍDEM, p. 47.

⁵⁰⁵ IBÍDEM.

⁵⁰⁶ SIGMUND FREUD, «El fetichismo», *O.C.*, p. 2993.

⁵⁰⁷ JOËL DOR, *op. cit.*, p. 50.

adopte la perversión que actúe. Ahora bien, como destaca Assoun, Freud separa el discurso sobre las perversiones de su «connotación médico-sexológica y ético-social. La perversión no es monstruosidad, sino fijación en un estadio libidinal, fijación narcisista y práctica de la escisión»⁵⁰⁸. En la misma línea destaca Gómez Sánchez que la homosexualidad, —que a diferencia del fetichismo no posibilita acceder al otro sexo como objeto sexual, considerando que un cierto grado de fetichismo es propio de todo amor—, «no es para Freud, nada vergonzoso ni degradante, aunque tampoco ninguna superioridad. Más bien habría que considerarla, psicoanalíticamente, como un caso de estancamiento en el desarrollo libidinal, incapaz de acceder del propio al otro sexo, probablemente debido —en el caso, por ejemplo, del varón— a una prevalente identificación con la madre, la cual, a su vez, puede deberse a muchos factores»⁵⁰⁹.

La renegación. Freud utiliza el término *Verleugnung* —que en las ediciones de su obra al castellano ha sido traducido como *renegación* o *desmentida*— para referirse al particular mecanismo de defensa mediante el cual un sujeto «rehúsa reconocer la realidad de una percepción traumática, principalmente la ausencia de pene en la mujer»⁵¹⁰. Lacan hace de la renegación el mecanismo exclusivo de la perversión; ahora bien, Freud sostiene que la renegación de una realidad intolerable —la ausencia del pene en la mujer— va acompañada por el reconocimiento de lo que se reniega, es decir, el perverso reniega pero a su vez reconoce la realidad de la castración. La perversión, a veces relegada al campo de la perversidad, no obedece en general a la «prosecución de objetivos perniciosos»⁵¹¹; es decir, las estrategias y actos perversos «se ejercen mucho menos con la finalidad de *dañar* que con la finalidad de *gozar*»⁵¹².

Freud intenta hacer una distinción entre el mecanismo de represión propio de las neurosis y el de renegación, distinción que Fink resume de la siguiente manera: «(...) en la represión, se aparta de la mente el pensamiento asociado con una de las pulsiones del propio paciente, mientras que en la renegación lo que se aparta de la mente es un pensamiento o un complejo de pensamientos relacionados con la percepción de los genitales femeninos, con la supuesta amenaza de castración por parte del padre —proferida para mantener al muchacho alejado de su madre y para impedir que se masturbe—, y con el interés narcisista del paciente por su

⁵⁰⁸ PAUL LAURENT-ASSOUN, *El vocabulario de Freud*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2002, p. 57.

⁵⁰⁹ CARLOS GÓMEZ SÁNCHEZ, *Freud y su obra*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2002, p. 155.

⁵¹⁰ JEAN LAPLANCHE; JEAN-BERTRAND PONTALIS, *Diccionario de psicoanálisis*, Paidós, Barcelona, 1993, p. 363.

⁵¹¹ JOËL DOR, *Clínica psicoanalítica*, Gedisa, Barcelona, 1996, p. 107.

⁵¹² IBÍDEM, p. 108.

penes»⁵¹³. Conceptos como el de *castración* suscitaron en la Viena de la época violentas críticas y resistencias, resumibles en la genérica acusación de «pansexualismo» a la teoría psicoanalítica, es decir, la acusación según la cual el psicoanálisis consideraría la sexualidad como la única causa que de todo malestar o trastorno psíquico. Frente a dichas críticas Freud, sabedor de la «gloria ambigua»⁵¹⁴ del psicoanálisis, que como hemos señalado construyó una cantidad de conceptos que inundarían el lenguaje cotidiano, puntualizó:

Algunos incomprensivos tachan de unilateral nuestra valoración de los instintos [pulsiones, NdR] sexuales, alegando que el hombre tiene intereses distintos de los del sexo. Ello es cosa que jamás hemos olvidado o negado. Nuestra unilateralidad es como la del químico que refiere todas las combinaciones a la fuerza de la atracción química. No por ello niega la ley de gravedad; se limita a abandonar su estudio al físico⁵¹⁵.

En la medida en que el neurótico reprime el perverso reniega. El hecho puede comprobarse en la clínica, donde los perversos, por lo general, no efectúan demandas de psicoanálisis, salvo que por cuestiones de tipo judicial, punitivo o legal se vean en la obligación de realizar un tratamiento para no perder su posibilidad de seguir transgrediendo. Por tanto quizá en el trabajo clínico cotidiano no se encuentren tantos perversos, sino más bien actos perversos realizados por neuróticos. Mientras que en el histérico o en el obsesivo el deseo permanece en cierto modo insatisfecho, por la articulación entre el temor a su realización y el límite que impone el mecanismo de represión, en el perverso el deseo aparece como satisfecho o con la posibilidad inmediata de serlo: el perverso traspasa los límites de la ley y con ello consigue gozar. En ese sentido «el fetichista no halla dificultad alguna en lograr lo que otros hombres deben conquistar con arduos esfuerzos»⁵¹⁶.

Dado que, como propone Freud, todos comenzamos la vida desde la infancia de manera «polimórficamente perversa» —es decir como seres que se procuran placer y que nada saben de los propósitos más elevados o de los objetos u orificios apropiados—, la perversión yace en el núcleo mismo de la sexualidad humana y a lo largo de nuestras vidas continuamos buscando placer como un fin en sí mismo: «es imposible no ver en esta disposición a todas las perversiones algo generalmente humano y originario»⁵¹⁷. Nadie hasta Freud había cuestionado la existencia de un *instinto* sexual genéticamente heredado, un *instinto* cuyo

⁵¹³ BRUCE FINK, *Introducción clínica al psicoanálisis lacaniano*, op. cit., 2007, p. 210.

⁵¹⁴ CARLOS GÓMEZ SÁNCHEZ, *Freud, crítico de la ilustración*, Crítica, Barcelona, 1998, p. 15.

⁵¹⁵ SIGMUND FREUD, «Una dificultad del psicoanálisis», O.C., p. 2433.

⁵¹⁶ SIGMUND FREUD, «El fetichismo», O.C., p. 2994.

⁵¹⁷ ÍDEM, «Tres ensayos para una teoría sexual», O.C., p. 1206.

patrón de conducta se caracterizaba por la existencia de un objeto definido y un fin. Fue Freud quien separó la sexualidad humana del terreno de lo natural⁵¹⁸, reservando el término *instinto* al comportamiento animal e introduciendo el término *pulsión* para referirse a la sexualidad humana. A diferencia del *instinto*, la *pulsión* carece de objeto y finalidad precisos, escapando a un orden prefijado por la naturaleza⁵¹⁹. En la infancia todos hemos sido perversos, por ello podemos decir que el perverso adulto no es que llegue a serlo, sino que en todo caso sigue siéndolo⁵²⁰. Esa sexualidad infantil perversa y polimorfa, que inicialmente no sabe de los límites que la cultura y las normas sociales, éticas y morales, intentarán instaurar, junto a la dificultad de hacer compatibles dichas exigencias sociales con el deseo de cada uno, es lo que hará caer a muchos en las neurosis, que como Freud advirtió no son sino «el negativo de las perversiones»⁵²¹:

Partíamos desde las aberraciones del instinto [pulsión, NdR] sexual con relación a sus objetos y de sus fines y nos hallábamos frente al problema de si dichas aberraciones nacen de una disposición innata o son adquiridas a resultas de influencias de la vida. La solución de este problema nos fue dada por el conocimiento de las características del instinto sexual de los psiconeuróticos, esto es, de un numeroso grupo de hombres no muy apartados de los sanos. Este conocimiento lo adquirimos por medio del psicoanálisis, y hallamos que en tales personas pueden revelarse las tendencias a todas las perversiones como poderes inconscientes, que actúan en calidad de generadores de síntomas. Pudimos, pues, decir que la neurosis era el negativo de la perversión. Ante la gran difusión de las tendencias perversas se nos impuso la hipótesis de que la disposición a las perversiones era norma primitiva y general del instinto sexual humano, partiendo de la cual se desarrollaba la conducta normal sexual a consecuencia de transformaciones orgánicas y de inhibiciones psíquicas, aparecidas en el curso de la maduración⁵²².

En el psicoanálisis sólo se habla de perversión en relación con la sexualidad. Los antecedentes en el estudio de las perversiones, como los citados trabajos de Krafft-Ebing, describían el conjunto de las perversiones sexuales del adulto, pero la originalidad de Freud consiste en cuestionar la concepción tradicional de la sexualidad, que consideraba que la pulsión sexual estaba ausente en el infante:

⁵¹⁸ CARLOS GÓMEZ SÁNCHEZ, *Freud y su obra*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2002, p. 152.

⁵¹⁹ IBÍDEM.

⁵²⁰ IBÍDEM, p. 153.

⁵²¹ IBÍDEM, p. 154.

⁵²² SIGMUND FREUD, «Tres ensayos para una teoría sexual», O.C., p. 1230.

Se cree firmemente que falta [la pulsión sexual] en absoluto en la infancia; que se constituye en el proceso de maduración de la pubertad, y en relación con él, que se exterioriza en los fenómenos de irresistible atracción que un sexo ejerce sobre el otro, y que su fin está constituido por la cópula sexual o a lo menos por aquellos actos que a ella conducen.

Existen, sin embargo, poderosas razones para no ver en estos juicios más que un reflejo hartamente infiel de la realidad⁵²³.

La frecuencia de los comportamientos perversos, y sobre todo la persistencia de tendencias perversas subyacentes en el síntoma neurótico o integradas en el acto sexual normal en forma de «placer preliminar», conduce a Freud a afirmar que la predisposición a la perversión no es algo raro y especial, sino una parte de la constitución llamada normal, lo que no deja de ser una afirmación subversiva si tenemos en cuenta que el término perversión llevaba y sigue llevando adherida una connotación negativa y moralista. La sexualidad llamada normal no sería un «don de la naturaleza humana», sino algo complejo y problemático «(...) el interés sexual exclusivo del hombre por la mujer constituye también un problema, y no algo natural. , basado últimamente en una atracción química. no es una cosa obvia [...] sino un problema que necesita ser aclarado»⁵²⁴. Así, por ejemplo, una perversión como la homosexualidad aparece ante todo como una variante de la vida sexual:

(...) la ligazón libidinosa a personas del mismo sexo desempeña en la vida psíquica un papel tan importante como la que recae sobre personas de sexo contrario (...) En un sentido psicoanalítico, el interés sexual exclusivo del hombre por la mujer constituye también un problema, y no algo natural. (...) El psicoanálisis se niega en absoluto a admitir que los homosexuales constituyan un grupo dotado de características particulares, que puedan aislarse de las de los restantes individuos. Ha establecido que todos los individuos, sin excepción, son capaces de elegir un objeto del mismo sexo, y que todos ellos han efectuado esta elección en su inconsciente⁵²⁵.

Es habitual incluso en el campo de la psicología, la psiquiatría y las neurociencias, considerar que la sexualidad «genital» y la elección de objeto «sexual» están determinadas biológicamente, es decir, genéticamente. Esta opinión niega o desconoce la posibilidad que la elección de objeto sea producto de una *decisión* inconsciente del sujeto psíquico, siendo éste responsable último de su deseo. Ésta es una problemática que ha provocado y provoca confrontaciones y malentendidos entre científicos, gestores sociales, políticos, etc. Dado lo

⁵²³ IBÍDEM, p. 1172.

⁵²⁴ IBÍDEM, n. 637, Adición de 1915, p. 1178.

⁵²⁵ IBÍDEM.

espinoso del asunto, escapa a los objetivos de este trabajo el desarrollo del mismo, en el que tan sólo quisimos desplegar una serie de consideraciones.

Como hemos señalado, el psicoanálisis contempla tres ejes estructurales: neurosis, psicosis y perversión, ejes que no pueden delimitarse diagnósticamente de forma tan simple, ya que como hemos visto la sexualidad humana en sí misma está atravesada por las perversiones, por las pulsiones acéfalas y polimorfas, por tanto conductas y elementos perversos podemos encontrarlos tanto en las neurosis como en las psicosis.

Freud viene a decirnos que perversos somos todos, desde el inicio somos perversos polimorfos. Esto nos recuerda una entrevista realizada al gral. Perón en 1972, en la que se le preguntó por la distribución de fuerzas políticas en la Argentina en vísperas de una elección. El general respondió que ésta se componía de radicales, conservadores, socialistas, etc., sin nombrar al peronismo, movimiento político que él mismo presidía, ante lo cual el periodista le señaló tímidamente la omisión, respondiendo el carismático líder: «peronistas somos todos».

Perversos somos todos: el fantasma del neurótico es perverso, se confronta con la ley y pretende atravesarla, pero, a diferencia del perverso, no lo hace o lo hace ocasionalmente. La relación de todo sujeto con la ley es primordial; pero la posibilidad de emergencia del desafío y la transgresión de la moral opresora de la sociedad en ocasiones es necesaria y legítima, de otro modo nuestras costumbres serían mayoritariamente medievales. Sin embargo la ley a la que hacemos referencia, es decir, la *ley paterna*, la *prohibición del incesto*, que el perverso no reconoce, es la que posibilita un cierto orden para el sujeto y la sociedad. Aquí excluimos a esos bellos «perversos» del arte, de la cultura, del pensamiento y la ciencia, como el propio Freud, que permiten no que la cultura progrese, pero al menos se quite algunas ligaduras.

G. EL LUGAR DE LA FAMILIA EN LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE

Todo lo que se creía permanente y perenne se esfuma, lo santo es profanado, y, al fin, el hombre se ve constreñido, por la fuerza de las cosas, a contemplar con mirada fría sus condiciones de existencia y sus relaciones con los demás.

Karl Marx, *El manifiesto comunista*.

En este último apartado colocamos la problemática de la familia del paciente como si de una estructura problemática y sintomática en sí se tratara. Y así lo es. En trabajos de diversos autores psicoanalíticos la familia de un paciente es abordada claramente como un síntoma. Para el psicoanálisis los antecedentes familiares y los tipos de vínculos que en la familia se

establecen forman parte de la sintomatología que presente un sujeto, y esto, siguiendo a Freud, lo deja explícitamente establecido Lacan en uno de sus primeros textos. En el artículo que redactó para la *Encyclopédie Française*, «La familia», Lacan establece una relación entre la sintomatología neurótica y elementos emergentes de la propia cultura, planteando lo que llamó la «declinación de la imago paterna». Los síntomas que un sujeto determinado presente estarán estrechamente articulados con su familia, considerada como síntoma, y la sociedad a la que pertenezca:

Un gran número de efectos psicológicos, sin embargo, están referidos, en nuestra opinión, a una declinación social de la imago paterna. Declinación condicionada por el retorno al individuo de efectos extremos del progreso social, declinación que se observa principalmente en la actualidad en las colectividades más alteradas por estos efectos: concentración económica, catástrofes políticas. (...) Cualquiera que sea el futuro, esta declinación constituye una crisis psicológica. Quizás la aparición misma del psicoanálisis debe relacionarse con esta crisis. Es posible que el sublime azar del genio no explique por sí solo que haya sido en Viena —centro entonces de un Estado que era el *melting-pot* de las formas familiares más diversas, desde las más arcaicas hasta las más evolucionadas, desde los últimos agrupamientos agnáticos de los campesinos eslavos hasta las formas más reducidas del hogar pequeño burgués y hasta las formas más decadentes de la pareja inestable, pasando por los paternalismos feudales y mercantiles— el lugar en el que un hijo del patriarcado judío imaginó el complejo de Edipo. Como quiera que sea, las formas de neurosis predominantes a fines del siglo pasado son las que revelaron que dependían en forma estrecha de las condiciones de la familia⁵²⁶.

Freud resaltó los obstáculos que presentan los sujetos a la hora de abordar un tratamiento, algunos conscientes y otros no, —recordemos los llamados «beneficios» secundarios de la enfermedad, esto es, las satisfacciones paradójicas que le brindan al sujeto sus síntomas, como puede ser no tener que afrontar ciertas obligaciones laborales, familiares, económicas—, pero también destacó los obstáculos externos al trabajo clínico, aquellos obstáculos creados por el entorno familiar del paciente. Volvemos al interrogante antes planteado: ¿qué está en juego en la demanda de un paciente? o ¿cómo interviene la cuestión del *goce*, ese dolor paradójico que produce placer, ya sea goce del cuerpo, goce de la familia e incluso goce del psiquiatra, del psicólogo, del psicoanalista, del educador, de la institución, en una enfermedad? En uno de sus trabajos⁵²⁷ ya citados, Maud Mannoni comenta que aprendió que atender a un niño supone analizar el pedido que hacen los padres cuando consultan, ya que muchas veces demandan

⁵²⁶ JACQUES LACAN, *La familia*, Editorial Argonauta, Buenos Aires, 1978, p.93-94.

⁵²⁷ MAUD MANONNI, *El síntoma y el saber*, op. cit.

éstos demandan una solución con la única esperanza (inconsciente) de que no se alcance nunca, por paradójico que pareciera, y recuerda algo que un niño dijo, una vez, a Françoise Dolto: «Dios no quiera que la doctora me cure, mi mamá sólo me tiene a mí para vivir»⁵²⁸.

En relación al lugar que ocupa la familia en el tratamiento de un paciente, consideramos necesario recordar este extenso y claro párrafo de Freud:

Muchos intentos de tratamiento han fracasado al principio del psicoanálisis porque se verificaban en casos en los que este procedimiento es inaplicable y que hoy excluimos de su indicación, pero precisamente merced a tales intentos es como hemos podido establecer nuestras indicaciones y contraindicaciones. No podíamos saber a priori que la paranoia y la demencia precoz en sus formas pronunciadas eran inaccesibles al psicoanálisis, y teníamos todavía el derecho de ensayar este método en enfermedades muy diversas. Justo es, sin embargo, decir que la mayoría de los fracasos de estos primeros años deben ser atribuidos menos a la inexperiencia del médico o la elección inadecuada del objeto que a circunstancias externas desfavorables. Hasta ahora no hemos hablado aquí sino de las resistencias internas opuestas por el enfermo inevitables, pero que pueden ser dominables. Pero existen también obstáculos externos, derivados del ambiente en el que el enfermo vive y creados por los que le rodean, obstáculos que no presentan interés alguno teórico, pero sí una gran importancia práctica. El tratamiento psicoanalítico es comparable a una intervención quirúrgica, y como ésta, no puede desarrollarse sino en condiciones en que las probabilidades del fracaso se hallen reducidas a un mínimo. Conocidas son todas las precauciones de que el cirujano se rodea —habitación apropiada, buena luz, ayudantes, ausencia de los parientes del enfermo, etc.—. ¿Cuántas operaciones terminarían favorablemente si tuvieran que ser practicadas en presencia de todos los miembros de la familia reunidos en derredor del cirujano y el enfermo, metiendo la nariz en el campo operatorio y gritando a cada incisión que el bisturí practicase? En el tratamiento psicoanalítico, la intervención de los familiares del enfermo constituye un peligro contra el que no tenemos defensa⁵²⁹.

Un episodio psicótico desestabiliza el sistema familiar, rompiendo un aparente equilibrio previo. El sujeto que enferma psíquicamente es alguien al que le es imposible soportar cierta cantidad de sufrimiento, que se defiende del dolor psíquico al precio de una ruptura con la realidad externa e interna. El sujeto que enferma es el emergente de una situación familiar

⁵²⁸ MAUD MANNONI, *El síntoma y el saber*, op. cit., pp. 14-15.

⁵²⁹ SIGMUND FREUD, «Lección XXVIII. La terapia analítica» en «Lecciones introductorias al psicoanálisis», O.C., p. 2409.

compleja, que acaba convirtiéndose en el portavoz de un mensaje oculto, de un secreto familiar, que quizá nadie conozca. El grupo familiar deposita en el familiar «enfermo» sus aspectos temidos, sus conflictos. Por ello sería imprescindible que los miembros significativos de la familia tuvieran un espacio donde pensar cuáles son sus modos de funcionamiento vincular, qué papel ocupa el familiar enfermo y qué responsabilidad pudieran tener en ello. Pero esto casi nunca es posible. Los padres culpabilizan de su estado o bien al propio hijo, o bien al entorno, o, como ocurre en la mayoría de los casos, se culpabilizan mutuamente.

Poseemos armas contra las resistencias interiores procedentes del sujeto y que sabemos inevitables. Pero, ¿cómo defendernos contra las resistencias exteriores? Por lo que a la familia del paciente respecta, es imposible hacerla entrar en razón y decidirla a mantenerse alejada de todo el tratamiento, sin que tampoco resulte conveniente establecer un acuerdo con ella, pues entonces corremos el peligro de perder la confianza del enfermo, el cual exige con perfecta razón que la persona a la que se confía esté de su parte. Aquellos que saben qué discordias desgarran con frecuencia a una familia no se asombrarán de comprobar en la práctica del psicoanálisis que los allegados del enfermo se hallan muchas veces más interesados que el paciente quede como es en la curación. En los casos, muy frecuentes, en que la neurosis se halla relacionada con disensiones surgidas entre miembros de una misma familia, aquellos que gozan de buena salud no vacilan ni un solo momento cuando se trata de escoger entre su propio interés y la curación del enfermo. No debe, pues, extrañarnos que un marido no acepte con gusto un tratamiento que trae consigo, como con razón sospecha, la revelación de todo un catálogo de sus pecados. Así, pues, nosotros, psicoanalistas, no nos asombramos de estas cosas y declinamos todo autorreproche cuando nuestro tratamiento fracasa o debe ser interrumpido porque la resistencia del marido acude a intensificar la de su mujer. Habíamos emprendido algo que en las circunstancias dadas resulta irrealizable⁵³⁰.

A continuación vamos a proponer un ejemplo clínico útil para aclarar el lugar de la familia frente al malestar psíquico de uno de sus miembros y las problemáticas relacionadas. El caso en cuestión es el de un niño diagnosticado de TDAH, un diagnóstico muy extendido en los últimos tiempos en la infancia: el TDAH es el «trastorno de déficit de atención e hiperactividad», donde por «déficit de atención» suponemos que se entiende el hecho de que el infante o adolescente atienda muchas cosas a la vez y no sólo una, lo cual en todo caso puede considerarse un exceso.

⁵³⁰ IBÍDEM.

Un mujer acude a consulta dado que en el colegio donde estudia su hijo le recomendaron que así lo hiciera para tratar a éste del mencionado «déficit de atención e hiperactividad». Previamente se dirigió al centro de salud general que le derivó al centro de salud mental de su distrito, donde prescribieron al niño metilfenidato. Dado que el comportamiento del niño no mostraba grandes cambios, decidió acudir a un psicoterapeuta. En la primera llamada telefónica que realiza la madre pregunta si en nuestro centro había algún especialista en TDAH; nuestra respuesta fue que atendíamos problemáticas infantiles y se concierta una primera entrevista, a la que acude con su hijo. La madre en ese primer encuentro relata los que considera los síntomas de la enfermedad del niño. Durante dicha entrevista el niño juega en la sala de espera, otros terapeutas y la secretaria del despacho están con él. La madre pregunta cuándo hace pasar al niño a la consulta. El analista le comenta que ya le dirá en qué momento y la invita a que continúe hablando. La mujer se muestra impaciente e indica que necesita que vean pronto a su hijo, ya que le dijeron por teléfono al concertar la cita que ésta no duraría más de una hora y ella tiene otros compromisos que atender. El analista no vio al niño ese día; ya los terapeutas del centro, jugando con él, sin haberlo previsto, lo habían hecho. La madre se marcha furiosa y más aún cuando debe abonar los honorarios, considerando que a su hijo no lo «revisaron».

A la siguiente cita, a la que previamente se había invitado a que acudiera el padre del niño, la madre acude con el niño media hora antes de la hora concertada. Se repite el procedimiento. El niño queda en la sala de espera y la secretaria conversa y juega con él. El padre no acude a la cita. El analista pregunta el motivo. La madre responde que su marido trabaja mucho, que no puede salir antes de la oficina y que del niño «me ocupo yo».

A la tercera cita la madre no acude. Sin avisar «envía» al niño con la asistente de la casa. El niño recibe clases de apoyo extraescolares, tanto en su casa como en una academia, lo llevan al gimnasio, para que baje algo de peso, etc., su jornada es extensa: «es como si quisieran cansarlo para que se quede quieto», dijo la asistente al analista en la sala de espera, que a su vez disculpó a la madre por no poder venir, mientras el niño saludaba y jugaba con la secretaria y los colegas del centro. A las próximas citas se intentó, cosa que no siempre se consiguió, que vinieran la madre y el padre, mientras el niño jugaba y leía las revistas de la antesala: «Es una mujer sin estudios», comentó en una ocasión la madre refiriéndose a la asistente, «muy callada, pero eficiente». Esta mujer sin estudios era testigo privilegiado de las aristas vinculares de la familia para la que trabajaba, y tenía una visión bastante acertada de las mismas, haciendo funciones de «acompañamiento» y contención al niño, sin saberlo. Éste es un ejemplo significativo y habitual donde es posible observar un ejemplo significativo y

habitual de las dinámicas antes expuestas: un niño es diagnosticado sin ninguna otra valoración; los padres consideran que el «problema» del hijo es exclusivo de él, y no contemplan que el problema puede que resida en la desarmonía vincular entre ellos.

Partiendo de los postulados psicoanalíticos Enrique Pichón-Rivière construyó una teoría con la que estudió en profundidad las relaciones interpersonales y sus vínculos, y que posibilitara operar sobre éstos para una rectificación o cambio de los mismos. En función de la relación que un sujeto llega a establecer con los objetos y con sus semejantes, Pichón-Rivière destaca diversos tipos de vínculos patológicos que describe como: paranoico, hipocondríaco, melancólico, histérico, maníaco, autista, obsesivo, perverso, etc., modalidades vinculares que un mismo sujeto puede establecer simultáneamente y que él describe del siguiente modo:

- *Paranoico*: caracterizado por la desconfianza y la reivindicación que el sujeto experimenta con los demás.
- *Depresivo*: teñido de culpa y expiación.
- *Obsesivo*: relacionado con el orden y el control.
- *Hipocondríaco*: es el que el sujeto establece con los otros a través del cuerpo, la salud y la queja.
- *Histérico*: su característica principal es la dramatización y la plasticidad; a su vez puede ser *de angustia*, teñido por el miedo, la fobia, la claustro o agorafobia, o *de conversión*, que expresa determinadas fantasías inconscientes a través del cuerpo.

Mediante el estudio psicosocial, sociodinámico e institucional de la familia de un paciente determinado, Pichón-Rivière intentaba articular un esquema de la estructura psíquica del paciente, de los elementos que presionaron sobre él, y «provocaron la ruptura de un equilibrio que hasta ese momento se mantenía más o menos estable»⁵³¹. Esta triple investigación posibilita un análisis del grupo familiar en diversos niveles, entre ellos la influencia del padre o la falta del mismo, el liderazgo de la madre, de un familiar, etc., teniendo en cuenta que en ocasiones la pérdida de prestigio o liderazgo de un líder familiar puede acarrear la enfermedad de uno de los miembros de la familia: «Por ejemplo, si el padre pierde su empleo por un motivo que lesiona su prestigio, el hijo puede enfermarse. En este caso podemos relacionar la

⁵³¹ ENRIQUE PICHÓN-RIVIERE, *Teoría del vínculo*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1985, p. 25.

situación de enfermedad del hijo con esta situación particular de pérdida del prestigio o pérdida del poder del padre que fuera líder hasta ese momento»⁵³². Esta idea está en consonancia con la mencionada de Lacan respecto a la «declinación de la imago paterna».

Al sujeto miembro de la familia que enferma Pichón lo considera un emergente de la problemática vincular de la familia a la que pertenece, cuestión ésta que muchas prácticas «psi» no contemplan, al poner todo el peso de la enfermedad en el propio paciente:

(...) la aparición de una psicosis dentro de un grupo familiar tiene que estar relacionada con el hecho de la pérdida del prestigio del líder, al mismo tiempo que con la totalidad de lo que sucede dentro de dicho grupo. La psicosis es el emergente nuevo y original que aparece como consecuencia de la ruptura del equilibrio familiar. Por eso cuando tratamos a un psicótico, a través de su psicosis, se transforma, en cierta medida, en líder de su grupo familiar. Asume funciones de liderazgo por el hecho de ser el miembro más enfermo⁵³³.

Es habitual que el miembro familiar enfermo controle a su familia —la cual a su vez pretende controlarlo a él— y al entorno clínico que lo asiste, generando en el equipo terapéutico tensiones, y, en ocasiones, una pérdida de la situación terapéutica, siendo por lo general el equipo de acompañamiento la primera diana de la ira y frustración de la familia, cuando, por ejemplo, un familiar manifiesta una queja en relación a algún trabajador del equipo. Esto puede observarse claramente cuando por ejemplo la madre pretende decidir cuáles son los acompañantes adecuados, agrediendo a aquellos que no considera «válidos» para la atención de «su» hijo enfermo. Aquí vuelve a ponerse en relieve la necesidad ética y clínica de la supervisión y formación del equipo y de quienes dirigen el tratamiento, para que el tratamiento no se distorsione o termine interrumpiéndose, y en el caso que así fuese pueda valorarse la situación y contemplarse qué factores operan u operaron de forma perniciosa.

Pichón-Rivière destaca que el delirio —que como se ha destacado es la forma en la que el psicótico intenta reconstruir una realidad para él insoportable— resulta ser a menudo una tentativa por parte del paciente de levantar barreras frente a la estructura familiar o al entorno. Analiza también los episodios o fenómenos autistas, en los que el sujeto se retira del mundo, trasladando de este modo la realidad externa a un escenario interno, donde los «personajes que antes estaban afuera ahora están adentro»⁵³⁴.

⁵³² IBÍDEM, p. 26.

⁵³³ IBÍDEM.

⁵³⁴ IBÍDEM, p. 38.

Otro concepto propuesto por Pichón, y que junto a las consideraciones anteriores sabemos clave para establecer un marco de trabajo con las mínimas garantías clínicas, es el de «portavoz»:

El portavoz es aquel que en el grupo, en un determinado momento dice algo, enuncia algo, y ese algo es el signo de un proceso grupal que hasta ese momento ha permanecido latente o implícito, como escondido dentro de la totalidad del grupo (...) El portavoz no tiene conciencia de enunciar algo de la significación grupal que tiene en ese momento, sino que enuncia o hace algo que vive como propio⁵³⁵.

En determinados momentos el portavoz de la dinámica familiar patológica pueden ser dos o varios miembros de la familiar en forma diacrónica, es decir, cuando uno de los miembros se «cura», enferma otro. El enfermo es la resultante de la interacción familiar patológica, es el portavoz que por el solo hecho de enfermarse denuncia que algo no anda en su grupo familiar.

En un trabajo de 1908, Freud afirma que «para el niño pequeño los padres son, al principio, la única autoridad y la fuente de toda fe»⁵³⁶, y a partir de esta premisa debe el infante construir su vida, su destino: éste estará en su mano en parte, más allá de los avatares y circunstancias de su entorno social, político, económico, etc., lugares donde quizá menos pueda hacer. Idealizará a sus padres, estará a expensas de ellos en sus primeros años de vida.

Cuando el individuo, a medida de su crecimiento, libérase de la autoridad de sus padres, incurre en una de las consecuencias más necesarias, aunque también una de las más dolorosas que el curso de su desarrollo le acarrea. Es absolutamente inevitable que dicha liberación se lleve a cabo, al punto que debe haber sido cumplida en determinada medida por todo aquel que haya alcanzado un estado normal. Hasta el progreso mismo de la sociedad reposa esencialmente sobre esta oposición de las generaciones sucesivas. Por otra parte, existe cierta clase de neuróticos cuyo estado se halla evidentemente condicionado por el fracaso ante dicha tarea⁵³⁷.

Luego emergerá una incipiente extrañamiento de los padres, que Freud designa como «novela familiar de los neuróticos»: los padres dejarán de ser esos sujetos ideales y poderosos, para pasar a ser sujetos como muchos otros. Aun así, «(...) la sobrevaloración infantil de los padres subsiste asimismo en los sueños de los adultos normales»⁵³⁸.

⁵³⁵ ENRIQUE PICHÓN-RIVIÈRE, *El proceso grupal*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1985, p. 221.

⁵³⁶ SIGMUND FREUD, «La novela familiar del neurótico», *O.C.*, p. 1361.

⁵³⁷ IBÍDEM.

⁵³⁸ IBÍDEM, p. 1363.

Un caso clínico. Para graficar los posibles modos patológicos que operan en los vínculos familiares, tomemos un caso clínico, que comienza con una demanda de acompañamiento terapéutico para un sujeto próximo a salir de un internamiento psiquiátrico.

En la mañana del miércoles 26 de enero recibo una llamada desde un hospital público de Madrid. El mensaje dejado en el contestador dice: «(...) llamo de parte del Dr. H, soy la Dra. B. de la unidad de psiquiatría del hospital P. Es referente a un paciente ingresado en esta unidad, al que se dará el alta en breve y queríamos ver la posibilidad de un acompañamiento terapéutico para él; le ruego contacte con nosotros cuando escuche este mensaje».

Al día siguiente me pongo en contacto con el Dr. H. que me comenta que tienen ingresado en la unidad de psiquiatría desde el mes de noviembre de 2010 a un paciente con «trastorno bipolar». El ingreso, me dice, se produjo «por causa de un episodio hipomaniaco». En breve se le dará el alta hospitalaria y la familia, por indicación del psiquiatra, está gestionando una plaza en un «piso tutelado para enfermos mentales», donde el paciente ya estuvo alojado durante el primer semestre de ese año. Por tanto, mientras se le asigne plaza en el piso, el psiquiatra solicita un «acompañamiento terapéutico» de 24 horas en un apartamento que la familia ha alquilado en las afueras de la ciudad. El médico me pregunta si es viable y si disponemos en la asociación del personal necesario para realizar el «servicio». Tomo nota y quedo en contactar en breve con el médico para darle una respuesta. Pero esa misma tarde me llama un familiar del paciente, al que el psiquiatra previamente había dado mi teléfono. El familiar me urge a darle una respuesta, ya que será el viernes cuando darán el alta al que es su sobrino. Me comenta que esa mañana llegará la madre del paciente a Madrid y quieren organizar la estancia en el apartamento mientras se asigne la plaza en el piso tutelado. Le pregunto si pueden venir el viernes a mi consulta con el paciente, una vez le den el alta.

Viernes 28 de enero: Por la mañana me llama desde el hospital la madre del paciente para confirmar la cita. A la hora acordada llega el paciente acompañado por su madre. Es un hombre de unos 35 años, con buen aspecto, parece un poco asustado. Pasan al despacho y comienza la madre a contarme la situación. El hombre, en silencio, escucha el relato de la madre que dice que ya le han concedido plaza en el piso tutelado, pero a partir del 1 de abril; ella se quedará unos días con su hijo en el apartamento que alquiló en las afueras, hasta que se asegure que algún acompañante quede en la casa con él, preferiblemente un «cuidador hombre», ya que «mi hijo no puede estar solo en la casa».

Pregunto al paciente, al que llamaremos Juan, cómo se encuentra y me responde muy educadamente que un poco cansado, cansancio que atribuye a la medicación que lleva años tomando, en este momento clonazepam, lorazepam y litio carbonato. Le invito con la mirada a que siga hablando. La madre lo interrumpe e insiste preguntando si podemos ir a ver el apartamento para valorar las condiciones de estancia durante este tiempo con el acompañante. Insiste que no se irá tranquila hasta ver que su hijo esté con alguien. [En el transcurso de las sesiones, voy conociendo el episodio hipomaniaco por el que decidieron ingresar a Juan la última vez. El episodio consistió en una intensa actividad en el taller de la empresa familiar prolongada durante días sin descanso, alternando con períodos de ingesta desmedida de ansiolíticos y somníferos que la propia madre le administraba «para que pudiera dormir»].

Vuelvo a mirar a Juan y él continúa con el relato que había interrumpido su madre. Me dice que ya había estado en el piso tutelado unos cinco meses antes del último ingreso hospitalario. Piso en el que no se encontraba muy a gusto, ya que «tenía que pasarme bastante tiempo limpiando la habitación» que los otros usuarios ensuciaban y soportar los gritos de los educadores, además de los paseos que «hacíamos como rebaño», y que «siempre terminaban en la iglesia del pueblo».

Juan comenta que hay algunas cosas de las que quisiera hablar, ya que cree que tienen algo que ver con lo que le está pasando a él. Refiere a una hermana que «tiene algunos problemas en la casa». La madre vuelve a interrumpirlo y dice que eso no tiene nada que ver con su problema y no es el momento de hablarlo, que «ése es otro tema». Juan insiste y dice que si sólo es ella la que va a hablar él se marchará y la esperará fuera, que ya me lo comentará a solas a mí en otro momento. Esto lo dice sin levantar la voz ni enfadarse abiertamente con la madre.

Volviendo al tema del piso tutelado, Juan cuenta que el psiquiatra, que es amigo de la familia, más precisamente de su tío (hermano de su madre, que también ha estado ingresado alguna vez en la misma unidad de psiquiatría), considera que es lo mejor para él. Juan acepta esto, pero preferiría no volver a vivir en ese lugar, sino vivir en el apartamento que la familia le alquiló en la sierra con un acompañante, «y poder ir viendo qué pasa». Le propongo regresar a la consulta el lunes siguiente y accede.

Lunes 31 de enero: Juan llega puntualmente con su madre, comenta que el fin de semana descansó mejor en el apartamento y vuelve a insistir con el tema de su hermana. La madre finalmente accede a que hable de ello. Juan relata que su hermana vive en una casa de campo, con su marido y varios perros, casa de la que no sale desde hace unos ocho años. La madre se

pone bastante inquieta y dice que prefiere que no continúe con ese tema. Juan le dice que ya quedará conmigo a solas para comentármelo y que no entiende por qué no se ha hablado con nadie de los problemas de la familia y de su hermana.

Pregunto a Juan sobre cómo se encuentra en el apartamento. Comenta que está mejor que en el hospital y que se organiza bien con las necesidades básicas, esto es, las compras, la comida y la limpieza, pero cree que es demasiado pequeño para que alguien viva con él el tiempo previo al ingreso en el piso tutelado. La madre vuelve a comentarme si podemos ir a ver el apartamento y «ayudemos a su hijo a poder vivir» en él, ya que ella regresa a su casa el viernes siguiente, para retomar su trabajo en la empresa familiar. Juan me pide hablar a solas, comenta que nunca hizo «terapia» y cree le «vendría bien». Le doy cita para el jueves a la misma hora. Al ponerse ambos de pie, la madre se acerca a mí, me estrecha la mano y me dice que agradece la cordialidad de mi trato con su hijo y «confía» en mí y en lo que yo decida. Me pide permiso para despedirse con un beso.

Jueves 3 de febrero: Por la mañana la madre me llama al teléfono y me dice que alguna vez ha visitado una psicóloga y que le vino bien hablar con ella, aunque la ve poco ya que reside en una ciudad a 200 Km. de su casa. Me pide si puedo darle una hora para hablar por teléfono. Le digo que me llame a las 16:00 de ese día. Puntualmente me llama y pasa a relatarme que aunque confía en el psiquiatra amigo de su hermano, le ha gustado la forma en que la trató a ella y a su hijo y comienza a contarme cosas de su vida, su trabajo y de «lo mal que lo ha hecho con sus hijos» y me dice que al día siguiente se marcha a su casa.

Juan viene solo a la cita fijada. Hemos acordado vernos dos veces a la semana. Yo había bajado un momento del despacho y me lo encuentro en una plaza contigua. Notando mi sorpresa, me dice que vino un poco antes de la hora y estaba dando un paseo por la zona. En la sesión comenta cosas que han sucedido y suceden en la familia, así como situaciones relacionadas con el trato paterno. Su padre, relata, falleció por un disparo que se dio en su casa, no se sabe si accidental o intencionadamente, ya que estaba amenazando a su madre con un arma. La hermana, María, presencié el desenlace de la discusión donde el padre murió. Juan tendría unos 20 años, María 24. A partir de ese momento, comenta, la madre, él y su hermana comienzan a gestionar el negocio familiar, del que, en realidad, ya se ocupaban su madre y su hermana: «Pensamos que después muerto mi padre todo iría mejor, ya que todos estábamos trabajando», dice Juan.

Pero no fue así. En una primera época María resolvió deudas y embargos que el padre había dejado sobre el negocio familiar que había fundado el abuelo paterno de Juan. Pasados

unos 7 años, María se casa y va a vivir con su marido a la casa de campo donde ahora está recluida. Poco a poco María abandonó el negocio, de esto hace 15 años, y luego también Juan dejó de trabajar, hace 5 años, aunque ambos siguen cobrando su sueldo mensualmente. El negocio ahora lo gestionan la madre y el marido de María.

Juan viene siempre puntualmente a las sesiones. No se vuelve a hablar del «acompañamiento» ni del ingreso en el piso tutelado. Me comenta que el fin de semana llega su cuñado a Madrid, y que éste le preguntó si podía venir a conocerme.

Lunes 28 de febrero: Llega Juan con su cuñado a la consulta. Les invito a ambos a pasar. El cuñado dice estar contento con que Juan venga a verme, pero en ningún momento menciona la situación de su mujer, María, cosa que Juan me había anticipado. Paso la sesión de Juan al día siguiente.

Martes 1 de marzo. Juan comenta que no le extrañó que su cuñado no hablara de la situación de su hermana. María vive en la casa de campo sin salir desde hace unos 8 años, no se ducha, ni se corta el pelo, ni se depila, sólo está con los perros y su marido.

Jueves 3 de marzo. A la cita Juan viene acompañado nuevamente por su cuñado, entran juntos al despacho. Me comenta el cuñado que esa noche irán juntos al fútbol y que al día siguiente regresará a su casa, ya que no quiere dejar sola a su mujer muchos días. Le deseo buen viaje y al levantarse para despedirse de mí, vuelve a insistir en lo tranquilo que se va a su casa por lo bien que ve a Juan. Le estrecho la mano y vuelve a sentarse, yo permanezco de pie, tenía un paciente esperando. Comienza a hablar de su mujer. Le comento que ya es la hora y si quiere puede venir por la tarde, antes del partido de fútbol y así lo hace. En la sesión me cuenta que su mujer está delgadísima, pesa unos 40 Kg. Duermen en habitaciones separadas desde hace tres años: ella lo atribuye a que él ronca, y él, a lo sucia que ella está. Nadie, salvo ellos, sabe de la situación. Me pregunta Pedro sobre lo que debería hacer. Juan le comentó que es un tema delicado, que si su hermana se desmayara por lo débil que se encuentra, se rompiera un brazo y tuvieran que acudir a un hospital, ¿cómo explicarían el estado de la muchacha?: «Pedro te meterías en un lío». Pedro me cuenta esto y asiento con la mirada. Se pone nervioso y me dice en que no sabe qué hacer, que quiere mucho a su mujer, le da de comer de forma forzada y me pregunta si alguien de mi equipo podría ir a verla a la casa. No le respondo, aunque sí pensé en ese momento enviar a alguien. Pedro dice (esperando mi opinión) que dará

cuenta o bien a los servicios sociales o al psiquiatra amigo de la familia, o la sacará por la fuerza. Ese fin de semana regresa a su casa.

31 de marzo. Durante la sesión de Juan llama su hermana. María sabe que a esa hora su hermano venía a verme. La conversación es breve y ella le comenta que le gustaría conocerme.

12 de abril. Durante la sesión de Juan le llama su cuñado. Dice venir de camino a Madrid con María en el coche. Pedro eligió la tercera opción. Juan se sorprende que haya conseguido que saliera de la casa «después de tantos años».

14 de abril. Llego a la consulta. Juan, su cuñado y su hermana, están esperando. María se pone de pie, me saluda muy cordialmente y los invito a pasar. María habla casi todo el tiempo en un tono cordial y nervioso. Me dice que la obligaron a ducharse su madre y su marido, que ha venido sin equipaje y que la «metieron en el coche por la fuerza». Dice alegrarse de haber venido a conocerme. Está muy delgada, con el pelo blanco recogido. Pálida. Parece mucho mayor de la edad que tiene, ahora unos 40 años. Mañana irá a visitar al psiquiatra de la familia. Quedamos el lunes siguiente.

Lunes 18 abril: Vienen los tres, Juan, María y Pedro. Hago pasar a María. Les digo a sus familiares que pueden en la sala. Transcurre la sesión en un tono cordial. María me cuenta lo que el psiquiatra le diagnosticó en la visita del viernes al hospital: «trastorno bipolar» y «depresión paranoide crónica», posiblemente genética (el informe que trae no refleja esto último). Está asustada por el diagnóstico, cree no estar loca y esboza un leve llanto.

Jueves 21 abril. María se marchará el domingo a su casa. Se ha cortado el pelo, se ha comprado ropa en Madrid y se ha duchado: «para venir a verte», dice. Quedamos en que puede llamarme cuando lo crea conveniente o enviarme un email. Me pregunta si debe tomar la medicación que el psiquiatra le recetó. Le digo que lo valore ella. Cuando se despide, se acerca y me da dos besos. Ya es la hora, tengo un momento para bajar a comer. María sigue hablando. La acompaño a la puerta y bajamos juntos por el ascensor. En la plaza están Juan y Pedro, esperando. María se acerca a su marido y le da un beso en la mejilla. Nos despedimos. Pedro se vuelve hacia a mí, me estrecha la mano y me dice que hacía años que su mujer no le

besaba. Juan continúa viniendo a sus sesiones. María sigue con su ingreso domiciliario voluntario.

Este caso viene a ejemplificar el hecho de que las relaciones familiares y sus vínculos tienen inevitablemente un intrincado efecto en el psiquismo de los hijos, vehiculado por las palabras y las frases emitidas por los miembros significativos de la familia, por sus miradas, que van marcando y condicionando el lugar que cada miembro ocupe. Como señala Maud Mannoni: «Es sabido que un análisis devela las palabras que han regido, sin que el sujeto lo sepa, sus actos, sus opciones, su vida. Lo que a él se le revela es el “mito familiar” que lo gobernaba»⁵³⁹. Del mismo modo, nos recuerda Mannoni, las instituciones asistenciales generalmente repiten los vínculos patológicos familiares: «Asimismo, en una institución hay algo que obedece al orden de la repetición. Un modo de ser «con» el otro puede conducir en lo real el llamado a recibir del otro una respuesta represiva (o la reproducción de un modo patógeno de respuesta familiar). Esto es lo que tenemos que desenmascarar»⁵⁴⁰.

⁵³⁹ MAUD MANNONI, *La educación imposible*, Siglo XXI Editores, México, p. 37.

⁵⁴⁰ IBÍDEM.

Memoria del programa:
Acompañamiento Terapéutico en Drogodependencias y Patología Dual
—Ejercicio 2009—

Como referencia del trabajo de Acompañamiento Terapéutico que realizo desde la coordinación del equipo de la *Asociación äsis*, adjunto la memoria de trabajo correspondiente al ejercicio 2009 en la atención a pacientes que presentan problemáticas de adicciones a sustancias, realizado para la Comunidad de Madrid.

1. Entidad: äsis, Asociación Española de Acompañamiento Terapéutico y Mediación Sociocomunitaria. Entidad declarada de Utilidad Pública, Nº Reg. 01551.

2. Número de pacientes atendidos directos: 204

3. Metodología: Para que un acompañamiento pueda implementarse y crear las condiciones de posibilidad para que sea efectivo, es necesaria una estructura de trabajo específica, ya que el acompañamiento por sí mismo, no es la base del tratamiento, sino que requiere una coordinación con las instituciones implicadas en la atención a los usuarios. La estrategia del tratamiento define el lugar del acompañante en relación al usuario, su entorno y a todas las instituciones que intervienen directa o indirectamente en la atención del usuario, la misma es elaborada por el/los profesionales de las instituciones que dirigen el tratamiento del mismo, junto con el equipo de acompañamiento, considerando la singularidad de cada caso, abordando de manera no estereotipada las articulaciones necesarias y considerando la singularidad de cada caso.

Para la ejecución del proyecto se ha requerido:

- Supervisión individual y grupal de los trabajadores.
- Coordinación.
- Cursos de formación.
- Realización de informes de seguimiento por parte de los acompañantes.

Los equipos de Acompañamiento están conformados por:

- Acompañantes.

- Coordinadores.
- Supervisores.
- Formadores.

El trabajo, por su modalidad, requiere una permanente coordinación y supervisión, así como una formación profesional continua. Los trabajadores del programa son personas que han asistido a los programas de formación y capacitación, a las reuniones de seguimiento y grupos de estudio y trabajo semanales de la asociación, con una formación previa en el campo de la Salud, la Psicología, el Trabajo Social, la Educación. El acompañamiento terapéutico no es la base del tratamiento, sino un dispositivo que viene a ocupar los intersticios que el tratamiento principal no cubre, lo cual requiere una organización preparada específicamente para desarrollar esa función, la asociación implementa el dispositivo, supervisa y coordina los acompañamientos, reportando cuando así se solicite, y dando cuenta de los efectos del tratamiento y de situaciones que se produzcan en la cotidianeidad del acompañamiento.

4. *Actividades realizadas:*

- Acompañamiento Terapéutico y Social. Apoyo al tratamiento.
- Cursos de Formación para los trabajadores del programa y de Apoyo al Voluntariado.

5. *Acompañamiento a Usuarios.*

5.1. *Objetivos generales*

- Orientar, informar y apoyar al usuario interesado en ingresar en un programa de tratamiento.
- Acompañar al usuario en su proceso de tratamiento: Asistencia a las citas de admisión y seguimiento. Asistencias a las citas médicas, entrevistas de búsqueda de empleo.
- Adherencia al tratamiento prescripto.
- Brindar al usuario un espacio de contención.
- Favorecer los procesos de reinserción y socialización.
- Brindar un modelo de identificación al usuario a través de la presencia del Acompañante en lo cotidiano.
- Registrar información para la comprensión global del usuario.
- Facilitar su integración social, laboral y familiar, generando en él una mayor autonomía.

- Mejorar la calidad de las relaciones familiares, facilitando el diálogo entre sus miembros y actuando como agentes catalizadores de las diferentes dinámicas patológicas.
- Atenuar de la «carga familiar», sumando recursos para afrontar contextos que desborden la capacidad de respuesta de las familias.
- Implicación en las actividades propuestas por el centro de atención o por el propio usuario.
- Abstinencia⁵⁴¹. Reducción de recaídas.
- Reducción de daños.
- Consolidación del proceso de reinserción. Que el usuario cumpla con los objetivos de reinserción (búsqueda de empleo, regreso a la vida familiar, estabilización en su vida cotidiana).

5.2. *Objetivos Específicos*

- Que el sujeto tenga una implicación activa en su inserción social.
- Apoyo a los programas de captación.
- Apoyo a los centros de tratamiento.
- Apoyo a los pisos de acogida.
- Percibir, reforzar y estimular la capacidad creativa del usuario.
- Que los usuarios puedan detectar signos precoces de recaídas.
- Mejora de las habilidades sociales.
- Incremento de la autonomía.
- Que los usuarios, en la medida de sus posibilidades propongan actividades culturales y de ocio para su tiempo libre.
- Que el usuario disponga de nuevos recursos al actuar y reaccionar ante situaciones de riesgo.

Los objetivos están en función de cada caso y de las pautas de intervención que marquen los centros de atención donde los usuarios se encuentran en tratamiento.

⁵⁴¹ En el caso de la abstinencia como objetivo, que sería el más importante, en muchos casos, el trabajo de acompañamiento va dirigido a cuestiones más básicas, como por ej. que el usuario tome conciencia del riesgo de contagio a otros, en el caso de infecciones, que acuda a las citas médicas para resolver cuestiones clínicas básicas que le permitan una vida más digna. De conseguirse estos objetivos básicos, y en consenso con las instituciones y centros de atención, pueden plantearse objetivos ya más ambiciosos, como la desintoxicación y rehabilitación social del usuario.

6. Acompañamientos realizados:

Acompañamientos a pacientes	Fecha inicio	Fecha finalización	Nº pacientes
Consejería de Sanidad: Salud Madrid. Agencia Antidroga. C.A.I.D. Torrejón C.A.I.D. Coslada C.A.I.D. Tetuán C.A.I.D. Usera C.A.I.D. San Blas C.A.I.D. Getafe C.A.I.D. Móstoles C.A.I.D. Leganés C.A.I.D. Mejorada C.A.I.D. Parla C.A.I.D. San Martín de Valdeiglesias	01/11/2008	31/10/2009	76
Hospitales: Htal. Ramón y Cajal: UDH. U.V.A.A.D Htal. Gregorio Marañón: UDH. U.V.A.A.D Htal. Príncipe de Asturias Htal. Clínico San Carlos Htal. Parla Htal. 12 de Octubre Htal. R. Lafora	01/11/2008	31/10/2009	31
C.E.S.S. La Rosa C.A.R.D. Barranquilla	01/11/2008	31/10/2009	7
Comunidad Terapéutica Villaviciosa	01/11/2008	31/10/2009	54
Comunidad Terapéutica Los Almendros	01/11/2008	31/10/2009	9
Desplazamientos y Acompañamientos a: Residencia Hnas. Calcuta; Residencia Aluche Proyecto Hombre Vallecas Puerta Abierta (Casa de Campo) Asociación Betel Fundación RAIS	01/11/2008	31/10/2009	9
Centros de Salud: C.S. Montesa C.S. Pavones C.S. Las Musas C.S. San Fernando de Henares C.S. Congosto	01/11/2008	31/10/2009	18

7. Resultados:

Se ha observado, a través de los informes presentados por los trabajadores del programa, sobre los diferentes acompañamientos realizados, que los mismos han sido aceptados por los usuarios en un alto porcentaje, estimado en un 97%. En aquellos acompañamientos que denominamos regulares, esto es, donde el acompañante visita semanalmente al usuario, en su domicilio, centro de referencia o salidas pactadas, los objetivos de adherencia al tratamiento en la institución correspondiente, asistencia a la citas, se han cumplido según lo previsto con el centro o programa de referencia, (Ej. CAID⁵⁴², CAD⁵⁴³). En usuarios en situación de calle, residentes en poblados de la Comunidad de Madrid, es donde se ha observado un índice más alto de faltas a las citas (37%), como por ejemplo a Residencia Aluche, CAID San Blas,

⁵⁴² CAID: Centro de atención integral al drogodependiente, perteneciente a la Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid,

⁵⁴³ CAD: Centro de atención al drogodependiente, perteneciente a Instituto de Adicciones, Ayuntamiento de Madrid.

ingresos en Htal. Rodríguez Lafora, cita médica en Centro Montesa, Centros de Salud Mental, etc.

Los Acompañamientos realizados por modalidad y centro/institución de referencia han sido:

Nº pacientes totales:

Centro de referencia	Nº usuarios
Agencia Antidroga. Salud Madrid	164
Otros	40
Total	204

Nº de acompañamientos puntuales:

Centro de referencia	Nº usuarios
Agencia Antidroga. Salud Madrid	436
Otros	121
Total	557

8. Conclusiones.

Los acompañamientos puntuales, han mostrado un alto índice de efectividad, para situaciones de citas médicas, salidas de comunidades a visitas familiares, trámites personales, salidas de ocio, etc. donde el comportamiento de los usuarios con los acompañantes ha sido correcto, esto es no consumo en las salidas y respeto para con los acompañantes, realizándose un total de 557 acompañamientos.

9. Cursos de Formación.

Los objetivos generales de los programas de formación, dentro del marco de la Formación Continuada en Acompañamiento para trabajadores y voluntarios, son:

- Capacitar en la función y práctica del Acompañamiento Terapéutico;
- dar a los trabajadores profesionales y voluntarios herramientas y conocimientos que permitan su contribución a la rehabilitación y socialización de usuarios drogodependientes.

La modalidad de los cursos contempla formación teórica y práctica. Se realizan 2 sesiones semanales de 19:00 a 21:30 hs. La primera parte consiste en presentación de conceptos teóricos de la práctica, la segunda es la presentación de un caso práctico por parte de un

asistente, que da lugar a una discusión teórica grupal. Los cursos de formación para los trabajadores del programa, son parte indispensable de este dispositivo de atención. A él también han asistido trabajadores voluntarios de otras instituciones y asociaciones del sector, y trabajadores voluntarios con o sin formación previa (psicólogos, trabajadores sociales, educadores, etc.) que desean incorporarse a nuestros equipos o colaboren con otras asociaciones e instituciones de la red. Los cursos, que han sido acreditados en dos ediciones por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Agencia Laín Entralgo, (8 y 6,3 créditos) son impartidos con el objetivo de que los Acompañantes puedan desempeñar su trabajo con eficiencia, dando los fundamentos epistemológicos y entidad profesional al trabajo de Acompañamiento, permitiendo que el trabajador pueda además «apropiarse» de las experiencias que las tareas de Acompañamiento le brinda, así como estudiar y pensar los mecanismos intersubjetivos que se ponen en juego en esta actividad y el trabajo asociativo y en red.

Los cursos impartidos han sido:

Cursos para la Formación y Talleres de Supervisión Grupal	Fecha inicio	Fecha finalización	Nº asistentes
Introducción al Acompañamiento Terapéutico en: Drogodependencias y Patología Dual	01/11/2008	31/10/2009	27
Capacitación en Acompañamiento Terapéutico: Formación Teórica y Práctica para trabajar en Drogodependencias y Patología Dual	01/01/2009	31/12/2009	31
Curso de Apoyo al Voluntariado	01/11/2008	31/12/2009	15

9.1. Objetivos específicos de los Cursos de Formación:

- Conocer y describir los fundamentos teóricos y conceptuales de los dispositivos ambulatorios que se utilizan en este campo.
- Definir qué es la Patología Dual.
- Acercamiento a los fundamentos clínicos y sociales de las drogodependencias. Determinar el tipo de Acompañamiento dentro de un tratamiento sanitario integral, según el caso.
- Saber cómo introducir un dispositivo ambulatorio en un tratamiento.

- Determinar la función del Acompañamiento Terapéutico en relación a las instituciones sanitarias públicas y privadas, los recursos comunitarios, el paciente y su familia.
- Implementar y coordinar un equipo Ambulatorio de Acompañamiento.

9.2. Resultados esperados e indicadores de los Grupos de Formación

- Asistencia, participación y trabajo final.
- Exposición oral y presentación de informes sobre las prácticas efectuadas.
- Presentación individual y grupal de informes que den cuenta de los acompañamientos realizados.

Se han puesto de manifiesto las dificultades iniciales a la hora de redactar informes y cierta retracción para exponer en grupo. Se ha trabajado paulatinamente la desinhibición grupal en estos aspectos, obteniéndose una soltura aceptable a la hora de producir material escrito y exponer en grupo para la discusión grupal:

- La asistencia regular (78% de las sesiones) se ha observado en un 69% de los participantes.
 - Nivel de participación oral y escrita: bueno.
 - Puntualidad general de los asistentes: regular.
 - Asistencia a los acompañamientos: 100 % de los acompañamientos acordados.
-

DERROTADOS ESTIMADOS

La elección, tomada a finales de los años noventa, de realizar un programa de doctorado, entre otros motivos, está en relación con la intención de dar cuenta y poner por escrito mi trabajo clínico en la atención a sujetos que presentan un malestar anímico o psíquico. Trabajo que comencé a desempeñar paulatinamente hace ya 25 años: primero como estudiante, realizando prácticas hospitalarias, más tarde como colaborador en diversas asociaciones dedicadas a la atención en toxicomanías y «salud mental». Posteriormente comencé a ejercer la práctica clínica psicoanalítica en mi consulta y constituí la *Asociación äsis* en el año 2000, para dar soporte a pacientes que requieren, más allá de las sesiones psicoanalíticas, una atención en su propio lugar de residencia, sea éste el domicilio o la institución donde se encuentren ingresados.

El trabajo de investigación aquí presentado gira en torno al dispositivo clínico denominado «Acompañamiento terapéutico», dispositivo que fue desarrollándose desde una *clínica de la escucha* desde los años sesenta a partir de propuestas, de diversos movimientos europeos y sudamericanos, de reformulación y cuestionamiento de los tratamientos tradicionales en «salud mental». En estos años de trabajo en España, desde el año 1991, he incorporado dicho dispositivo en mi práctica clínica en la atención a pacientes con problemáticas psíquicas graves y toxicomanías.

Para que sea posible su implementación en un tratamiento, el acompañamiento terapéutico requiere de una serie de herramientas epistemológicas y conceptuales que aportan aquellos pensadores y pensamientos que consideraran al hombre como *sujeto*, esto es, efecto del lenguaje, como aquí he pretendido desplegar con mayor o menor fortuna.

Trabajo clínico: marco conceptual. Aunque el psicoanálisis —que es el sostén teórico y clínico del acompañamiento terapéutico— no es una filosofía ni lo pretende ser, sí tiene con ésta un diálogo e incluso confrontaciones mucho más fructíferas que las que pudo haber tenido con las diferentes corrientes de la psicología, la psiquiatría y psicoterapias derivadas de éstas. El psicoanálisis, que tampoco es una psicología ni una psicoterapia, piensa y trabaja el malestar del hombre como *sujeto*, no como individuo. Esto queda claramente establecido con los aportes de Jacques Lacan a la ciencia conjetural fundada por Sigmund Freud. Éste planteó, en diferentes momentos de su obra, un desencuentro entre la filosofía y el psicoanálisis, pero paradójicamente afirmó que sus verdaderos intereses eran de naturaleza filosófica. Por su postura científica fue reacio a lo especulativo y tuvo una desconfianza aparente hacia la

filosofía. En ese sentido aquella filosofía que defiende el imperio de la conciencia, las facultades y la razón como regidores de la vida del hombre, estaría distante del psicoanálisis.

Desde sus primeros estudios sobre el funcionamiento del aparato psíquico, que fue desarrollando a través de la minuciosa observación y escucha del relato de pacientes, principalmente mujeres, que presentaban un amplio espectro de malestares anímicos, Freud se interesó por el pensamiento de aquellos filósofos, así como de los grandes literatos, que se ocuparon de la existencia del hombre, de sus condiciones y avatares. No tenemos más que recorrer las referencias citadas en su obra para ver qué autores y pensadores han sido de su interés y de una constante investigación: Goethe, Sófocles, Platón, Heine, Schiller, Empédocles, Shakespeare, Nietzsche, Schopenhauer...

Freud, que sólo impartió algunas conferencias en la universidad y que puso en cuestión la enseñanza del psicoanálisis en las facultades, consideró tanto a Nietzsche como a Schopenhauer pensadores que anticiparon su posterior descubrimiento científico y objeto de su disciplina: el *inconsciente*. A Schopenhauer, que fue muy crítico con la filosofía académica, Freud lo leyó detenidamente, manifestando las similitudes que en la concepción de la vida anímica tenía su pensamiento con el del filósofo alemán. Stefan Zweig, Thomas Mann, Ricoeur, Derrida, Deleuze, Foucault, destacaron en diferentes escritos la afinidad entre Freud y los grandes pensadores contemporáneos Nietzsche, Marx, Schopenhauer. Althusser, en un texto ya citado⁵⁴⁴, señala que el fundador del psicoanálisis fue un hijo natural e ilegítimo de la razón occidental, no deseado por ésta por haber puesto en cuestión la moral y las buenas costumbres burguesas.

Por su parte, Jacques Lacan, otro pilar fundamental de la teoría psicoanalítica junto con Melanie Klein y Donald Winnicott, trabajó incesantemente el pensamiento de Spinoza desde su juventud universitaria. En sus seminarios contaba con la participación de pensadores de la talla de Foucault, Saussure, Hyppolite, Merleau-Ponty, Bataille, entre otros. También Lacan fue crítico con la filosofía académica, aunque nunca dejó de establecer un intenso diálogo con los principales pensadores de su época que asistían a sus seminarios, llegando a formular que:

Ser psicoanalista es, sencillamente, abrir los ojos ante la evidencia de que nada es más disparatado que la realidad humana⁵⁴⁵.

La práctica clínica actual en «salud mental», ya sea en el ámbito privado o en el público, no contempla al paciente que demanda atención como un *sujeto* que tiene *deseos*, *sexualidad*,

⁵⁴⁴ LOUIS ALTHUSSER, «Freud y Lacan» en *Escritos sobre psicoanálisis*, op.cit., 1996.

⁵⁴⁵ JACQUES LACAN, «El fenómeno psicótico y su mecanismo» en *El Seminario, libro 3: Las psicosis*, Paidós, Buenos Aires, 2001, p. 120.

angustia, un sujeto construido a través de identificaciones y alienaciones, atrapado en una sociedad que prioriza la imagen y el fetichismo de la mercancía. Este modo de atención predominante no considera la palabra del paciente y ni siquiera da la posibilidad que éste se interroge sobre su propia posición ante el malestar que manifiesta a través de diversos síntomas. La psiquiatría y la psicología oficial taponan al sujeto con fármacos, test y técnicas de modificación de la «conducta», intentando «normalizar» el dolor, estandarizando los tratamientos, afianzando el síntoma en lugar de escucharlo, generando una posición «pasiva» del paciente, en la que éste queda a la espera de que un psicofármaco resuelva su malestar. Además, demasiado a menudo estas prácticas pasan por alto que el malestar del sujeto, que ellas tienden a relegar a una dimensión privada, individual, está estrechamente imbricado con el entorno social, a pequeña y gran escala y, en última instancia, con el «malestar en la cultura».

Los últimos trabajos de Freud abordan, de manera más explícita que las obras anteriores, el malestar contemporáneo en la cultura, apuntando siempre a las cuestiones clásicas de la filosofía para explorar el *para qué* y el *cómo* los sujetos «enferman», y llegando a abarcar una dimensión verdaderamente cultural y social.

(...) Mi interés luego en un largo *détour* en la Ciencias Naturales, la Medicina y la psicoterapia, volvió a los problemas culturales que tanto me habían fascinado largo tiempo atrás, cuando era un joven apenas con la edad necesaria para pensar. En el seno de mi labor analítica (1912) ya había intentado en *Tótem y tabú* emplear los nuevos hallazgos descubiertos por el análisis a objeto de investigar los orígenes de la religión y de la moral. Llevé recientemente esa investigación un paso adelante en dos últimos trabajos: *El porvenir de una ilusión* (1927) y *El malestar en la cultura* (1930) (...) Estos estudios aunque originados en el psicoanálisis y que se alejan mucho de él, tal vez han despertado más simpatía del público que el propio psicoanálisis. (...) Fue en 1929 cuando con palabras no menos fértiles que amistosas, Thomas Mann, uno de los bien conocidos escritores alemanes, encontró un lugar para mí en la historia del pensamiento moderno. Algo más tarde a mi hija Anna, actuando como mi apoderada, se le dio una recepción en la Rathaus de Francfort del Meno, con ocasión de haberme otorgado el premio Goethe para 1930. Ese fue el cenit de mi vida ciudadana⁵⁴⁶.

⁵⁴⁶ SIGMUND FREUD, *Autobiografía*, O. C., p. 2799.

Sin un trabajo de estudio e investigación sobre las producciones de los grandes pensadores de nuestra cultura sería impensable aproximarse a «entender» y «atender» a un sujeto que sufre y demanda atención. Lacan, al referirse al trabajo del psicoanalista, fue contundente en una frase ya celebre:

Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época⁵⁴⁷.

FRASE REPETIDA

La tarea es sencillamente *imposible*, pero no por ello deja de ser imperativa para el ejercicio de este oficio⁵⁴⁸.

La atención de pacientes, mi formación en diversos espacios, la supervisión de los casos y mi análisis personal, el trabajo en coordinación con instituciones públicas y privadas, la presentación de casos clínicos, han ido aportando los elementos epistemológicos y clínicos que han posibilitado realizar este trabajo de investigación.

*

La historia de cada sujeto se fragua lenta o bruscamente por el fuego de decepciones, renunciaciones, ilusiones, deseos, esperanzas. Pero hasta el último momento de la existencia puede dársele algún sentido a tanto dolor, sufrimiento y algunas alegrías. Si este recorrido por los senderos clínicos que convoca el malestar del ser humano ha servido de algo, al menos para el que lo escribe, tiene el valor narcisista de puntuar un pequeño recorrido de trabajo, de encuentro y acogida del malestar de aquellos que así lo han demandado, con la pretensión de acompañarlos en la posibilidad de que las cosas cotidianas que no andan, por pequeñas que sean, mejoren aunque sea por un instante.

En 1929, en un escrito titulado «El puesto de Freud en la historia del espíritu moderno», Thomas Mann afirmaba sin ambages: «El psicoanálisis, no cabe la menor duda, forma parte del movimiento científico de nuestros días»⁵⁴⁹. Y agregaba más adelante:

Esta doctrina es revolucionaria. Es revolucionaria no sólo en el sentido científico y en relación con métodos anteriores de conocimiento, sino también en el sentido más auténtico, más imposible de

⁵⁴⁷ JACQUES LACAN, «Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis», *Escritos*, op. cit., p. 309.

⁵⁴⁸ «Pareciera que analizar sería la tercera de aquellas profesiones “imposibles” en que se puede dar anticipadamente por cierta la insuficiencia del resultado. Las otras dos, ya de antiguo consabidas, son el educar y el gobernar»: SIGMUND FREUD, *Análisis terminable e interminable*, O.C., p. 3361.

⁵⁴⁹ THOMAS MANN, «El puesto de Freud en la historia del espíritu moderno», *Schopenhauer, Nietzsche, Freud*. Alianza, Madrid, 2000, pp. 163-164.

malentender y de tergiversar: es revolucionaria en el sentido de la definición que el romanticismo alemán dio a la palabra «revolución». Resulta conmovedor el hecho de que Freud haya recorrido el duro camino de sus conocimientos en total soledad (...) ⁵⁵⁰.

En ese sentido Freud fue y es, sin duda, un hombre temido. Temido por su obra, por sus postulados subversivos. Alejó su metapsicología de la psicología y tomó prudente distancia de la filosofía, aun reconociendo que ésta también busca respuesta a los interrogantes por el ser; pero tomó otra vía, la de la investigación sistemática de los procesos psíquicos inconscientes, fundando una ciencia conjetural que desenmascaró la promesa de una felicidad real y reveló lo inútil de pretender conquistarla. «Amor es lo que nos mantiene juntos», decía Novalis; el *Eros* empuja a la integración, a la unión, el *Thánatos*, a la destrucción, a la agresividad: Freud nos recordó que ambos cohabitan en las entrañas de nuestra alma.

«El hombre es un ser que no entiende nada del niño, nada de la mujer» ⁵⁵¹, sentenciaba Michaux. Freud fue el primero que comenzó a dilucidar los enigmas de la infancia, escuchó atentamente el relato de mujeres, siendo una de ellas la que le brindó la llave de su posterior descubrimiento, se enfrentó por primera vez al ser humano padeciente, herido, como a un *sujeto*, hablante y deseante, escuchó su voz e investigó su lenguaje. Intelectualmente huérfano y en la casi absoluta soledad, Freud fundó una ciencia conjetural nueva con un objeto propio —el inconsciente—, cuya problemática central podemos resumir, en palabras de Althusser, como «la “hominización” forzada del pequeño animal humano en hombre o mujer» ⁵⁵²: «Uno de los “efectos” del devenir-humano del pequeño ser biológico originado en el parto humano» ⁵⁵³.

A pesar de tantas distorsiones y confusiones, el objeto del psicoanálisis y de los dispositivos, como el acompañamiento terapéutico, que a partir de él se han desarrollado, no es «la locura», «la sin-razón», el malestar, la «anormalidad»..., sino que es, ni más ni menos, lo que hace del hombre un hombre.

Quisiera clausurar estas líneas recordando los momentos finales de la vida de Sigmund Freud, quien ha sido, y sigue siendo, el principal inspirador de este trabajo de investigación y de mi actividad clínica.

⁵⁵⁰ IBÍDEM.

⁵⁵¹ HENRI MICHAUX, *Un bárbaro en Asia*, Tusquets, Barcelona, 2001, p. 127.

⁵⁵² LOUIS ALTHUSSER, «Freud y Lacan» en *Escritos sobre psicoanálisis*, op. cit., p. 39.

⁵⁵³ IBÍDEM, p. 36.

Ya en un estadio avanzado de su enfermedad, Freud pidió a su médico personal que le evitara pasar por un tormento innecesario, a lo que el médico accedió, después del consentimiento de Anna, su hija:

Schur le inyectó tres dosis de morfina de tres centígramos cada una, que acabaron por sumir a Freud, en la madrugada del 23 de septiembre de 1939, en un profundo sueño, inanalizable ya⁵⁵⁴.

* * * * *

⁵⁵⁴ CARLOS GÓMEZ SÁNCHEZ, *Freud y su obra*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2002, p. 351

A

ABRAHAM, Karl.

- *Psicoanálisis clínico*, Lumen-Hormé, Buenos Aires, 1994.

ALTHUSSER, Louis.

- *La filosofía como arma de la revolución*, Siglo XXI, México, 1974.
- *Escritos sobre psicoanálisis, Freud y Lacan*, Siglo XXI, México, 1996.

A.P.A. (American Psychiatric Association)

- *DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, Barcelona, 1995.

ARISTÓTELES.

- *Política*, Gredos, Madrid, 2001.
- *Acerca del alma*, Gredos, Madrid, 1999.
- *Física*, Gredos, Madrid, 1990.
- *Ética Nicomáquea*, Gredos, Madrid, 2003.
- *Metafísica*, Libro II, Gredos, Madrid, 2000.

ASSON, Paul-Laurent.

- *El vocabulario de Freud*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2003.

B

BACHELARD, Gastón.

- *La formación del espíritu científico*, Siglo XXI, México, 2000.

BALINT, Michel.

- *El médico, su paciente y la enfermedad*, Libros básicos, Buenos Aires, 1961.

BAREMBLIT, Gregorio.

- *Saber, poder, quehacer y deseo*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1996.

BENTHAM, Jeremy.

- *El panóptico*, Ediciones la Piqueta, Madrid, 1979.

BERGERET, Jean.

- *La personalidad normal y patológica*, Gedisa, Barcelona, 1980.

BERGSON, Henri.

- *El alma y el cuerpo*, Ediciones Encuentro, Madrid, 2009.

BINSWANGER, Ludwig. WARBURG, Aby.

- *La curación infinita*, Editorial Adriana Hidalgo, Buenos Aires, 2009.

BLEGER, José.

- *Psicohigiene y Psicología institucional*, Paidós, Buenos Aires, 1966.
- *Simbiosis y Ambigüedad*, Paidós, Buenos Aires, 2001.
- *Psicología de la Conducta*, Paidós, Buenos Aires, 1983.
- *Temas de Psicología*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.

BLEULER, Eugen.

- *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, Triacastela, Madrid, 2009.
- *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Hormé, Buenos Aires, 1993.

BODEI, Remo.

- *Las Lógicas del Delirio. Razón, Afectos, Locura*, Cátedra, Madrid, 2000.

BORGES, JORGE LUIS.

- *Otras Inquisiciones*, Alianza, Madrid, 1989.

C

COOPER, David:

- *El Lenguaje de la locura*, Ariel, Barcelona, 1981.
- *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Paidós, Buenos Aires, 1971.

D

DE BRASI, Juan Carlos.

- *Escenas Multiplicidad: estética y micropolítica*, Ediciones Búsqueda de Ayllú, Entre Ríos, 1996.
- *Subjetividad, Grupalidad, Identificaciones*, Búsqueda, Buenos Aires, 1990.
- *Ensayo sobre el pensamiento sutil*, EPBCN, Barcelona, 2010.
- *La problemática de la subjetividad*, EPBCN, Barcelona, 2000.
- *La explosión del sujeto*, EPBCN, Barcelona, 2008.

DE BRASI, Juan Carlos; GONZÁLEZ MARTÍNEZ, Emilio.

- *La sexualidad y el poder desde el psicoanálisis*, EPBCN, Barcelona, 2003.
- *El deseo en la vida cotidiana*, EPBCN, Barcelona, 2003.

DE WAELHENS, Alfonse.

- *La psicosis. Ensayos de interpretación analítica y existencial*, Ediciones Morata, Madrid, 1982.
- *Heidegger*, Ediciones Losange, Buenos Aires, 1955.
- *La filosofía de Martin Heidegger*, C.S.I.C., Madrid, 1952.
- *Estudios sobre la angustia*, RIALP, Madrid, 1962.

DELEUZE, Gilles.

- *Empirismo y subjetividad*, Gedisa, Barcelona, 2002.
- *Conversaciones*, Pre-Textos, Madrid, 1999

DELEUZE Gilles *et al.*

- *Michel Foucault, filósofo*, Gedisa, Barcelona, 1999.

DERRIDA, Jacques.

- *La diseminación*, Fundamentos, Madrid, 2007.

DOLTO, Françoise.

- *La imagen inconsciente del cuerpo*, Paidós, Buenos Aires, 1986.

DOR, Joël.

- *Estructuras clínicas y psicoanálisis*, Amorrortu, Buenos Aires, 2000.

E

EMPÍRICO, Sexto.

- *Esbozos pirrónicos*, Gredos, Madrid, 2006.

EPICURO

- *Obras*, Tecnos, Madrid, 2007.

ESCUADERO, Jesús Andrés.

- *El lenguaje de Heidegger*, Herder, Barcelona, 2009.

EVANS, Dylan.

- *Diccionario introductorio al psicoanálisis*, Paidós, Barcelona, 1997.

F

FERENCZI, Sándor.

- *Obras Completas* vol. II, RBA, Barcelona, 2007.

FERNANDEZ LIRIA, Carlos; ZAHONERO ALEGRE, Luis.

- *El orden del capital*, Akal, Madrid, 2010.
- *Sin vigilancia y sin castigo: una discusión con Michel Foucault*, Ediciones Libertarias-Prodhufi, Madrid, 1992.

FERRATER, Mora.

- *Diccionario de filosofía*, RBA, Madrid, 2005.

FINK, Bruce.

- *Introducción clínica al psicoanálisis lacaniano*, Gedisa, Barcelona, 2007.

FOUCAULT, Michel.

- *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1964.
- *Enfermedad mental y personalidad*, Paidós, Barcelona, 1984.
- *Vigilar y castigar*, Siglo XXI, México, 2002.
- *La arqueología del saber*, Siglo XXI, México, 2002.
- *Los anormales*, Akal, Madrid, 2001.
- *La historia de la sexualidad. La voluntad de saber*, Siglo XXI, México, 1991.
- *La verdad y las formas jurídicas*, Gedisa, Barcelona, 2003.

FREUD, Sigmund.

- *Obras Completas*, 9 vols., Biblioteca Nueva, Madrid, 2001.
- *Obras Completas*, 24 vols., Amorrortu, Buenos Aires, 2001.
- *Cartas a Wilhelm Fließ (1887-1904)*, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.

G

GARCÍA GONZÁLEZ, José.

- «Análisis de la reforma y de la desinstitucionalización psiquiátrica en España». I Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: 13.10.2011]; Conferencia 48-CI-A2:[17 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a2.htm.

GARCÍA GUAL, Carlos.

- *Epicuro*, Alianza, Madrid, 1993.

GÓMEZ SÁNCHEZ, Carlos.

- *Freud y su obra*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2002.
- *Freud, crítico de la ilustración*, Crítica, Barcelona, 1998.

GONZÁLEZ PARDO, Héctor; PÉREZ ÁLVAREZ, Marino,

- *La invención de trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente?*, Alianza, Madrid, 2007.

GUTHRIE, W.K.C.

- *Historia de la filosofía griega*, 5 vols., Gredos, Madrid, 2002.

H

HEGEL G.W.F.

- *Hegel, Fenomenología del espíritu*, Fondo de Cultura Económica, México, 2000.
- *Ciencia de la lógica*, Ediciones Solar, Buenos Aires, 1968.

HEIDEGGER, Martin.

- *Caminos de bosque*, Alianza, Madrid, 2000.
- *Ser y tiempo*, Fondo de Cultura Económica, México, 1990.
- *Ser y tiempo*, Trotta, Madrid, 2009.
- *El concepto de tiempo*, Trotta, Madrid, 2006.
- *Introducción a la metafísica*, Gedisa, Barcelona, 2001.
- *Conferencias y artículos*, Ediciones del Serbal, Barcelona, 1994.
- *Estancias*, Pre-Textos, Madrid, 1999.
- *Prolegómenos para una historia del concepto de tiempo*, Alianza, Madrid, 2006.
- *Kant y el problema de la metafísica*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1993.

HIPÓCRATES

- *Tratados hipocráticos*, Alianza, 1996.
- *Tratados Hipocráticos*, Gredos, Madrid, 2000.

HUME, David.

- *Investigaciones sobre el conocimiento humano*, Alianza, Madrid, 1998.

J

JAKOBSON, Roman.

- *Fundamentos del lenguaje*, Ciencia Nueva, Madrid, 1967.

JASPERS, Karl.

- *Psicopatología general*, Fondo de Cultura Económica, México, 2010.

JONES, Ernest.

- *Vida y obra de Sigmund Freud*, Lumen-Hormé, Buenos Aires, 1996.

K

KALINA, Eduardo.

- *Adicciones*, Paidós, Buenos Aires, 2000.
- *Temas de Drogadicción*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1987.
- *Adolescencia y Drogadicción*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1988.

KANT Immanuel.

- *Crítica de la razón pura*, Alfaguara, Madrid, 2001.
- *Lógica*, Akal, Madrid, 2000.
- *Crítica de la razón práctica*, Alianza, Madrid, 2000.

KAPLAN, I.; SADOCK, B.; GREBB, J.

- *Sinopsis de psiquiatría*, Panamericana, Buenos Aires, 1996.

KERNBERG, Otto.

- *Trastornos graves de la personalidad*, Manual Moderno, México, 1987.

KIERKEGAARD, Søren.

- *El concepto de angustia*, Alianza, Madrid, 2007.
- *La repetición*, Alianza, Madrid, 2009.

KLEIN, Melanie.

- *Amor, culpa y reparación*, Paidós, Barcelona, 1987.
- *El psicoanálisis de niños*, Paidós, Barcelona, 1987.
- *Envidia y gratitud*, Paidós, Barcelona, 1987.

KOJEVE, Alexandre.

- *Introducción a la lectura de Hegel*, Leviatán, Buenos Aires, 2004.
- *La dialéctica del amo y del esclavo en Hegel*, Leviatán, Buenos Aires, 2006.

KRISTEVA, Julia.

- *El lenguaje, ese desconocido. Introducción a la lingüística*, Fundamentos, Madrid, 1999.

KURAS DE MAHUER, Susana; RESNISKY, Silvia.

- *Acompañantes Terapéuticos y pacientes psicóticos*, Trieb, Buenos Aires, 1985.
- *Acompañantes Terapéuticos. Actualización Teórico-clínica*, Letra Viva, Buenos Aires, 2003.
- *Territorios del Acompañamiento Terapéutico*, Letra Viva, Buenos Aires, 2005.

L

LACAN, JACQUES.

- *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, México, Siglo XXI, 1976.
- «El Estadio del espejo como formador de la función del yo», *Escritos*, México, Siglo XXI, 1981.
- «Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis», *Escritos 1*, Siglo XXI, México, 2001.
- *La familia*, Buenos Aires, Argonauta, 1978.
- «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis», *Escritos*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2002.
- «Dos notas sobre el niño» en *Intervenciones y textos 2*, Buenos Aires, Manantial, 1988.
- «La significación del falo», *Escritos*, Siglo XXI, México, 2001.
- «Kant con Sade», *Escritos*, Siglo XXI, México, 2001.
- «La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud», *Escritos*, Siglo XXI, México, 2001.
- «La dirección de la cura y los principios de su poder», *Escritos*, Siglo XXI, México, 2001.
- «Subversión del sujeto y dialéctica del deseo», *Escritos*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2002.
- «Posición del inconsciente» *Escritos*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2001.
- «Acerca de la causalidad psíquica», *Escritos*, Siglo XXI, México, 1984.
- *Los escritos técnicos de Freud*, *El Seminario, libro 1*, Paidós, Buenos Aires, 2001.
- *El yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*, *El Seminario, libro 2*, Paidós, Buenos Aires, 1983.
- *Las Psicosis*, *El Seminario, libro 3*, Paidós, Buenos Aires, 1989.
- *La relación de objeto*, *El Seminario, libro 4*, Paidós, Buenos Aires, 1994.
- *La ética del psicoanálisis*, *El Seminario, libro 7*, Paidós, Buenos Aires, 1988.
- *La transferencia*, *El Seminario, libro 8*, Paidós, Buenos Aires, 1998.
- *La angustia*, *El Seminario, libro 10*, Paidós, Buenos Aires, 2001.
- *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, *El Seminario, libro 11*, Paidós, Buenos Aires, 1987.
- *El reverso del psicoanálisis*, *El Seminario, libro 17*, Paidós, Buenos Aires, 1992.
- *De otro al otro*, *El Seminario, libro 16*, Paidós, Buenos Aires, 2008.
- *Aún*, *El Seminario, libro 20*, Paidós, Buenos Aires, 1998.
- *Los Seminarios de Jacques Lacan. Seminario 22. R.S.I.*, Clase 3, del 14 de Enero de 1975; (Inédito) en <http://planetafreud.wordpress.com/>
- *El sinthome*, *El seminario, libro 23*, Paidós, Buenos Aires, 2006.

LAÍN ENTRALGO, Pedro.

- *El médico y el enfermo*, Editorial Triacastela, Madrid, 2003.
- *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*, Anthropos Editorial, Barcelona, 1987.
- *La medicina hipocrática*, Revista de Occidente, Madrid, 1970.
- *Historia de la medicina*, Masson, Barcelona, 1978

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand.

- *Diccionario de psicoanálisis*, Paidós, Barcelona, 1993.

LAURENT, Eric.

- *Usos actuales de la clínica*, Paidós, Buenos Aires, 2001.
- *Estabilizaciones en las psicosis*, Manantial, Buenos Aires, 1989.
- *Síntoma y nominación*, Colección Diva, Buenos Aires, 2002.

LE POULICHET, Silvie.

- *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las Narcosis del Deseo*, Amorrortu, Buenos Aires, 1996.

LÓPEZ PIÑERO, José María.

- *Del hipnotismo a Freud*, Alianza, Madrid, 2002.

LUCRECIO.

- *De la naturaleza de las cosas*, Folio, Madrid, 2002.

M

MAHLER, Margaret.

- *Estudios I: Psicosis infantiles y otros trabajos*, Paidós, Buenos Aires, 1994.

MANGUEL, Alberto.

- *Una historia de la lectura*, Alianza, Madrid, 1998.

MANNONI, Maud.

- *El niño, su "enfermedad" y los otros*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1987.
- *El niño retardado y su madre*, Paidós, Buenos Aires, 1989.
- *El síntoma y el saber*, Gedisa, Barcelona, 2001.

MANNONI Octave.

- *Freud. El descubrimiento del inconsciente*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1997.

MANSON, F. ROSSI, G. PULICE, G. y otros (Comp.).

- *Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico*, Polemos. Buenos Aires, 2002.

MARINAS, José Miguel.

- *El síntoma comunitario: entre polis y mercado*, A. Machado Libros, Madrid, 2006.

MARX, Karl.

- *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política*, Siglo XXI, México, 2007.
- *Contribuciones a la crítica de la economía política*, Siglo XXI, México, 1980.
- *El Capital, tomo I*, Fondo de Cultura Económica, México, 1995.

MASOTTA, Oscar.

- *Lecciones de introducción al psicoanálisis*, Gedisa, Barcelona, 1996.

MILLER, Jacques-Alain.

- *Introducción al método psicoanalítico*, Paidós, Buenos Aires, 1997.
- *Del Edipo a la sexuación*, Paidós. Buenos Aires, 2001.
- *El síntoma charlatán*, Paidós, Barcelona. 1998.

MILLER, Jacques-Alain; MILNER, Jean-Claude.

- *¿Desea usted ser evaluado?*, Miguel Gómez Ediciones, Málaga, 2004.

MOLINA, Luis; BRUGUÉ, Miquel.

- *Recomendaciones Terapéuticas en Patología Dual*, Ars Medica, Barcelona, 2002.

MONDOLFO, Rodolfo.

- *El pensamiento antiguo*, tomos I y II, Losada, Buenos Aires, 2003.

MORA, José Ferrater Mora.

- *Diccionario de filosofía*, RBA, Madrid, 2005.

N

NASIO, Juan David.

- *Los más famosos casos de psicosis*, Paidós, Buenos Aires, 2001.
- *Los gritos del cuerpo*, Paidós, Buenos Aires, 2001.
- *El dolor de la histeria*, Paidós, Buenos Aires, 2001.

NIETZSCHE, Friedrich.

- *La voluntad de poder*, EDAF, Madrid, 2003.
- *Sobre la utilidad y el perjuicio de la historia para la vida* (II Intempestiva), Biblioteca Nueva, Madrid, 1999.
- *Crepúsculo de los ídolos*, Alianza, Madrid, 2002.
- *Así habló Zaratustra*, Alianza, Madrid, 2003.
- *Más allá del bien y del mal*, Alianza, Madrid, 1997.

O

O.M.S.

- *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*, Panamericana, Madrid, 2000.
- *Glosario de términos de alcohol y drogas*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2008.

P

PAVLOV, Ivan.

- *Los reflejos condicionados*, Ediciones Morata, Madrid, 1997.

PERCIA, Marcelo.

- *Deliberar las psicosis*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique.

- *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I)*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2001.
- *La psiquiatría, una nueva problemática (II)*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1983.
- *El proceso creador (III)*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1978.
- *Teoría del Vínculo*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1978.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique; De QUIROGA, Ana P.

- *Psicología de la vida cotidiana*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.

PLATÓN.

- *Cármides, Diálogos I*, Gredos, Barcelona, 2000.
- *El banquete, Diálogos III*, Gredos, Madrid, 2000.
- *Fedro, Diálogos III*, Gredos, Madrid, 2000.
- *La República, Diálogos IV*, Madrid, Biblioteca Básica Gredos, 2000.

PULICE, Gabriel; ROSSI, Gustavo.

- *Acompañamiento Terapéutico*, Polemos, Buenos Aires, 1997.

R

RANK, Otto.

- *El trauma del nacimiento*, Paidós, Buenos Aires, 1992.

REICH, Wilhelm.

- *Psicología de las masas del fascismo*, Editorial Ayuso, Madrid, 1976.

RICOEUR, Paul.

- *Freud. Una interpretación de la cultura*, Siglo XXI, México, 2002.
- *Finitud y culpabilidad*, Trotta, Madrid, 2004.

ROUDINESCU, Elisabeth.

- *¿Por qué el psicoanálisis?*, Paidós, Barcelona, 2000.

ROSENFELD, Herbert.

- *Estados psicóticos*, Lumen-Hormé, Buenos Aires, 2000.

RUSSELL, Bertrand.

- *Misticismo y lógica*, Edhasa, Barcelona-Buenos Aires, 2010.
- *La conquista de la felicidad*, Debolsillo, Barcelona, 2011.

S

SAFRANSKI, Rüdiger.

- *Schopenhauer y los años salvajes de la filosofía*, Tusquets, Barcelona, 2008.
- *Un maestro de Alemania*, Tusquets, Barcelona, 1997.

SAN AGUSTÍN.

- *Confesiones*, Tecnos, Madrid, 2010.

SARTRE, Jean Paul.

- *Crítica de la razón dialéctica I*, Losada, Buenos Aires, 2004.
- *El ser y la nada*, Losada, Buenos Aires, 1998.

SCHMITT, Carl.

- *Teología política*, Struhart, Buenos Aires, 1998.

SCHOPENHAUER, Arthur.

- *El mundo como voluntad y representación*, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 2003.

SECHEHAYE, Marguerite.

- *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica*, Fondo de Cultura Económica, Santafé de Bogotá, 1994.

SPINOZA, Baruch.

- *Ética demostrada según el orden geométrico*, Alianza, Madrid, 1989.

STEINER, George.

- *Heidegger*, Fondo de Cultura Económica, México, 2005.

SZASZ, Thomas.

- *El mito de la enfermedad mental*, Amorrortu, Buenos Aires, 2008.
- *La fabricación de la locura*, Kairós, Madrid, 2006.

V

VALLEJO RUILOBA, Julio.

- *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, Masson, Barcelona, 1998.

W

WINNICOTT, Donald.

- *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Paidós, Barcelona, 1979.
- *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Paidós, Buenos Aires, 1993.
- *Exploraciones psicoanalíticas*, RBA, Barcelona, 2006.
- *El proceso de maduración en el niño*, Paidós, Barcelona, 1981.
- *Realidad y juego*, Gedisa, Barcelona, 2001.
- *La familia y el desarrollo del individuo*, Hormé, Buenos Aires, 1984.

Z

ŽIŽEK, Slavoj.

- *Mirando al sesgo*, Paidós, Buenos Aires, 2000.
- *Lacrimae Rerum*, Debate, Barcelona, 2006.